Revista de ciencias psicológicas y neurológicas

VOL. III Nos. 3 - 4

LIMA, SET. - DIC. 1966

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

PERSONAL DOCENTE

Jefe del Departamento — Dr. Oscar Valdivia Ponce

ASIGNATURA DE PSIQUIATRIA "A"

Profesor Principal — Dr. Oscar Valdivia Ponce

Profesores Asociados
Dr. José Max Arnillas Arana
Dr. Sergio Zapata Agurto
Dr. Carlos Saavedra Suescum

Profesores Auxiliares
Dr. Augusto Colmenares Murrugarra
Dr. César Delgado Hurtado

Jefes Instructores
Dr. Carlos Gutiérrez Ferreyra
Dra. Antonia Sánchez
Dr. Enrique Ghersi Belaúnde
Dr. Hugo Diaz Vásquez
Dr. Hildebrando Salazar Inga
Dra. Judith Calenzani Castillo
Dr. Walter Griebenow Estrada
Dr. Juan Tobalina

ASIGNATURA DE PSIQUIATRIA "B"

Profesor Principal — Dr. Humberto Rotondo

Profesores Asociados
Dr. Francisco Alarco
Dr. Fernando Samanéz
Dr. José Sánchez García

Profesores Auxiliares
Dr. Emilio Majluf
Dr. Alfredo Beyer

Jefes Instructores
Dr. Carlos García Pacheco
Dr. Andrés Cáceres Bedoya
Dr. Ethel Bazán Vidal
Dr. Elard Sánchez
Dr. Vital Scapa
Dr. Gustavo Vásquez
Dr. Julio Morales
Dr. Alfredo Valencia
Dr. Oscar Rubio
Dr. Gregorio Seghelmeble
Dr. César López

(Pasa a la 3ra. de carátula)

REVISTA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y NEUROLOGICAS

ORGANO DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y DE LA ASIGNATURA DE NEUROLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Vol III Nº 3-4 SET - DIC. 1966 LIMA, PERU

REVISTA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y NEUROLOGICAS

ORGANO DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y DE LA ASIGNATURA DE NEUROLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Vol III Nº 3-4 **SET - DIC. 1966** **LIMA, PERU**

CONTENIDO:

REVISTA DE REVISTAS

QUOD NIHIL SCITUR: ABOUT ADDICTS

GABRIEL DE LA VEGA*

It is very difficult to really elaborate any serious and well-thought-out theory about addiction simply because, as is stated in my title, we know nothing about it. When considering drug addiction, one is confronted with two main difficulties: the lack of a clear definition of the problem and also of its classification.

An addict is no necessarily a person showing withdrawal symptoms, because frequently anything can become an addiction, i. e., eating love-making, even a hobby. In Corominas' "Diccionario Crítico Etimológico de la Lengua Castellana" (Vol. II, p. 114), the root of the word "addict" is the Latin "dicere", which means to speak and, as a derivative, the promise of a debt, an affirmation, speech, a way of talking, and addiction with the concrete meaning of a dedicated person. Therefore any dedicated person, by definition is an addict.

I prefer to speak of motivation, the hazard of profound, changing experiencies: the psychological and/or physiological potency of addiction, etc.

Addiction will be best defined as a disease with the classical triad of host, agent and environment. In mental diseases, the agent may often appear hidden but, in any case, the host should be the prime target of therapy.

In spite of massive research on pharmacologic and metabolic aspects of addiction, it is today still impossible to prove any definite physiological factor as the prime origin in these disorders (3). Through personality and psychological research, we have found the whole gamut from normal to abnormal behavior. The Mexican Indian using mescaline in a social and religious ritual is accepted in his environment.

---

* Profesor Asociado del Departamento de Psiquiatría del Downstate Medical School - State University of New York.

We do not feel that the classification ad addicts has come up to the standards of other known psychiatric conditions. Therefore, I would prefer to speak of the group of addictions in the same clinical manner as we speak of the group of schizophrenias. We have been able to recongnize the characteristic attributes and development of this disease just as much as with the schizophrenics, but the etiology has not been demonstrated and we do not really know whether we are talking of a group of similar entities with different etiologies or of one etiology producing different clinical pictures.

Socio-economic factors are not the answer either. We have professional drug addicts (physicians and nurses), the iatrogenic type, and those addicted to things tolerated by society. I refer to smoking which produces withdrawal symptoms upon abstinence, with the sense of slow passage of time (14). Smoking can be given up, but may just as easily be resumed. I has layers of meaning and we know it would entail symbolic and personal values, sensations and perceptions (taste, tactile, visual, pulmonary, kinesthetic); the wish to take in or eliminate may be similar but not identical to gastro-intestinal urges, etc Finally, we can say that heavy smokers appear to seek a form of chronic low arousal, concomitant with the motor act, and both manifesfestations aim to help the person relax.

The management and treatment of any addict is usually complicated. Some may be handled with psychotherapy; some are amenable to psychoanalysis; others require medication such as a tranquilizer at the moment of crisis; at times they show psychotic symptoms which necessitate further modifications in management (hospitalization may become necessary, especially after an overdose). The overdose could be compared to a temper tantrum, and during the acute episode the approach must differ from that employed during routine therapy, just as we change our aproach to the child before, during and after a temper tantrum. (This idea will be elaborated in a further paper). Some addicts require a sheltered workshop, a night hospital, etc. In practically all cases, social agencies become involved, as, for instance, police officers, job placement organizations and individual social workers. In any case, a rigid pattern of management is not indicated.

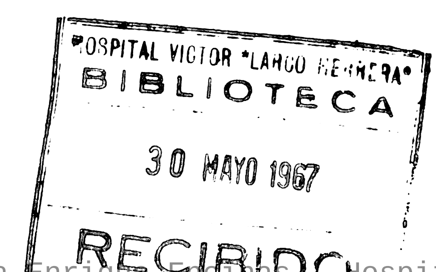
I will limit myself to my own thinking and ideas about addiction. I do no like the term "toxicomania" because it does not always involve a toxic substance. Mania has an obscure root, most likely meaning etimologicaly "maino-mai" (the moon) (18) with an original equivalent

similar to menses. The clinical material has been presented by me elsewhere (5, 6), and I do not want to become too pedantic and quote a multitude of authors. My specialty is not bibliography. Another difficulty is to write, i.e., like Pinel (20), who sounded erudite and profound in his time, yet today we no dct accept his psychiatric ideas nor his classification of mental syndromes. Historically, any theoretical construct must be evaluated properly. Hippocrates (12), when talking about semen and pregnancy, gave us classical clinical descriptions of the syndromes he found, yet his theoretical concepts based on *observation* (of animals) and his own *research* (without dissection) verged on the limits of what we may consider today magic thinking. This is true of most authors simply by the passage of time. As an example, I would like to mention a particular one who is the extreme of these erudite needs. Namely, if we read authors such as Antonio Francery (10), who was the Vice President of the Royal Academy of Medicine in Italy in 1797 and who described in a very pedantic way in his "memoirs" the moon's effect on the production of mental illness, we see that he reached such a point of finesse that the could say that "the time between those 7 hours, i.e., from 3½ hours before midnight and 3½ hours afterwards" were the most critical and dangerous ones for anyone to develop a mental disease. I suppose that this "lunatic" vice president worked on his "Memoirs" about and/or on those 7 critical hours and then afterwords took a rest.

We are dealing with a very large and complicated subject we cannot even attempt to have a control group to validate clinical findings; the yield of good results is very low and the different types of addiction make it very hard to classify the clinical entity. We can truly say that with the addict in psychiatry very much the same thing happens as with the diagnostic classification of psychopathic personalities; namely, we use the classification literally as a "wastebasket". Addiction, just as much as with the psychopathic personality, involves not only the patient but the social milieu.

In an effort of set limits in our conceptualizing about addiction, I feel we can talk of three main groups:

1) Addictions that are tolerated in and by society ,such as smoking, eating, love-making, hobbies, smelling gasoline, etc. In any one of these cases, it might be just as easy to find the same perceptual difficulties about the body ego functions which we find involved in relation to the addiction just as much as it frequently happens in the "true addict"



The clinical evidence for the similarities and differences of the perceptual difficulties should not be a burden for me to prove in the content of this paper.

In brief, in smoking we could enumerate different bodily, physical sensations which are involved: looking, since we know that smoking in the dark is rarely done, and experimentally the cigarrete does not seem to taste the same to these subjects as when they can see it; there is an involvement of the senses of smell and taste; the oral component includes respiration, introjection and also blowing out (spitting out?); it involves neuromuscular and skin sensations; and today even the potential danger of cancer, emphysema, etc., making smoking a dangerous proposition, almost comparable to heroin addiction perhaps even a suicidal gesture and/or equivalent.

2) There are those addictions that are permitted but not quite tolerated by society as with the first group. I refer to the taking of barbiturates, habit-forming tranquilizers "reducing" pills, etc., especially when they are prescribed by a physician; or the type such as drinking alcohol and cough syrups, the "surgical addict", the accident prone, etc. The keynote is that in this group tolerance by society happens perhaps because primarily it involves a physician. This does not invalidate the fact that, again, in this second group we find a denial of ego bodilly perceptions, sensations and of the affect involved. It is these ego elements which requiere the taking of a medication, getting into accidents, shopping around from one surgeon to another, drinking alcohol, etc. Paradoxically enough, the physician who in this group is allowed to act freely to the best of his knowledge in the midst of society will not be given the same privilege by that society when we come to the next group. It is true that the AMA commitee which studied addiction and the much talked-about British plan have found that England is facing an increase in addictions and also an increase of underworld peddlers of narcotics to an alarming proportion. This leads to:

3) Addictions which are not tolerated by society, which include morphine and its derivatives, marijuana, barbiturates, glue-sniffing, cocaine, LSD and until recently, the amphetamines, which are now "officially" off the list. The others are required by law to be reported to the Office of Narcotics Coordinator of the Health Departament.

Several trains of thought have led me to take a closser look at the addict and his bodily ego aspect. Historically, we know of no culture where alcohol and different herbs were not used in the true sense of an addiction. We also know that the practice of medicine can become rigid and fossile-like in its approach. In the Hammurabi Codice (4), when they write about the religious and ethical aspects of practicing medicine, it is stated indubitably how strictly physicians must swear to obey the prescribed formulas for treatment. But more graphically yet, they were sworn "on the 16th day of the month of Nisen", together with magicians, sorcerers, bird observers, palace workers, clairvoyant people, scholars and learned men.

The different aspect of magic thinking, I believe is still today interwoven with bodily ego aspects, especially in relationship with drug addicts of the above third group. The fallacy becomes relevant (by definition "addict" means a way of speaking and a dedicated person), which historically is also shown in our way of teaching. We have progressed from one form of perception, namely, the "magester dixit", where knowledge is acquired in a passive, auditory way, to our present emphasis on observation, looking and the visual aspects of theaching today. Yet, some of the magic elements are still remnants and appear quite often. Today everybody is engaged in experiments, observing, research and video tape. Yet, at the same time, we as psychiatrists, are not considered truly scientists simply because we do make us appear very learned to the layman.

Sometimes my impression is that research has become part of a common belief among scientists. Like all popular beliefs and sayings, it might entail some magical elements. In the Spanish-speaking world, it is a common believe that if you hear a noise or ringing in the ears someone is talking about you. They have pinpointed this to the degree that if it is in the left ear, the sinister leftist part of the body, it means that someone is saying bad things about you. In the English-speaking world, there is a similar common belief that if one's ear itches, someone is talking about him. In the American ballad, "Frankie and Johnny", after she has killed him, the words of the song literally convey the message that "I have killed my right side, now my left side hurts": It is also indicated in the litle of the book, "The Left Hand is the Dreamer", by Osbert Sitwell.

As late as the middle of the 18th century, Francis Baissier de Sauvages, Professor of Medicine and Botany at Montpelier (18), classified

"vessania" or insanity into four groups. The group that interests me is his first group, which he called the hallucinatory type. In this group he included fainting, diplopias, auditory noises, hypochondria and somnambulism. To my mind, it is not a concidence that this author, in his rudimentary way, lumped together things that have in common only the act that they are bodily ego manifestations of a psychological disease. I am aware that other analysts may not agree fully with the idea that this group represents body ego manifestations; but they are al least manifestations of a strong somatization.

Besides the trains of thought connected with the historical aspects of psychiatry and/or psychoanalysis, I had the opportunity as far back as 1948 to discuss one of my control cases at the New York Psychoanalytic Institute with Prof. Raymond de Seassure, who mentioned how he had used a phallic type of sculpture which he placed next to his couch, permiting him to obtain associations that he felt would not have been produced except for the visual sensory modality introduced in the session.

I began to apply similar systems in my treatment of addicts. Slowly I was led to do very much what Felix Deutsch (7) was doing with psychosomatic patients; namely, attempting to get to the sensory modality that would be more appropriately geared to he particular patient. I did the same with the addict; namely, exposed the patient to skin sensations of warm and cold; visual stimulation such as a dark room or a spotlight on the patient's face; auditory, using noise and/or music; and similar sensations when the office was heavily perfumed or infused with a foul smell. The clinical evidence I again choose to defer to a further paper since I am dealing primarily with theoretical concepts at this time.

With addicts, in spite of all the bodily manifestations, for instance, gastrointestinal cramps and pains, lacrimation of the eyes, sniffing and rhinorhea, intense skin sensations of cold, shivering and tremors, especially at the withdrawal stages, I did not obtain any associative material in the sense described by Felix Deutsch.

I will quote freely from his recent book, taking up primarily his question, "whether it makes any difference what kind of sensory stimulus is used." He was aware that it cannot be predicted beforehand and he also found that it could be decided more easily when the patient is interviewed by two or more interviewers at short intervals using different stimuli.

My presentation of a sensory modality to the addict was not done in that way simply because I was not able to have other interviewers and had to rely primarily on myself.

His premise that symbolization plays an important role in the formation of a psychosomatic disturbance, I believe applies with the same force to the body ego which also "talks" in the symptoms of an addict His psychic body scheme showing the alteration of "projec- loss-symbolization-retrojection-re-embodiment of the objectified sensory perception of one' s bodily parts which equalizes object loss", I believe is applicable to the addict.

The sensory sensations in parts of the body are primarily projected, thereby becoming separated from the body, causing the effect of an apparent loss which would be undone by symbolization and retrojection. These sensory substrates now become unified with the body acting unconsciously as if they were real. His doctrine of a perceptual complex bringing harm to the sensory perception and its accompanyig body sensation I have found in my work also. The clinical evidence for the above statements will be forthcoming at a future date.

Any emotional relationship could be retraced at times to an abstract sensory modality, presupposing that the addict's object relationships perhaps all object relationships, have at their root the sensory perception of one's own body. The well-known phrase of Freud's that all ego is originally body ego is applicable.

In the establishment through the process of maturation of an ego controlling, but also being controlled by the instinctual perceptions, it will create a motor pattern which will depend most likely on how far the ego feels that it must use certain sensory perception for its defense mechanisms. It woud then follow that the greater the number of sensory modalities and functions which are handled in a projection mechanism as a means of protection, the more these motoric patterns will be entrenched into the structure of the personality. The conflict sphere of the ego we could then assume will keep these pathways in case of a need for retreat. The repetition compulsión will then act as a means of safeguarding to a certain extent the conflict-free ego sphere leading to an adaptation which momentarily appears economically feasible and the only avenue to the patient.

I agree with Deutsch that the meaning behind the sense perception is always over determined. But at the beginning of the maduration process of the ego the body is the only existing reality. In fact, an in-

fant without the ability to perceive his own body, his own sensations and his own instinctual urges is, to my mind, inconceivable.

This is what led me to accept the idea that symbolization starts as an attempt to regain the objectless, most primitive and earliest undifferentiated perception. The organs of perception sense at the beginning work in a progressive fashion, from the undifferentiated perception. (light sound, etc.) to a more complex and higher system of differentiation. This must hold true also for the transition of a sensory perceptión eventually channeled into a motility functional behavior act. In my mind, this would be true whether the particular behavior is geared to promote adaptation to the environment or it is used as a defense mechanism.

Being aware of a sensory sensation and of a bodily perception, it participates therefore of the kinesthetic, propioceptive, preconscious, unconscious, postural, bodily movements before they become part of a conscious perception. That every sensory perception was originally derived from one's own body with no regard for an external object, then became sexualized, ego libidinization began to spread, and that it eventually became a subsitute for repressed, unconscious content which cannot or perhaps only insufficiently could be verbalized, might apply to dancing. In a professional dancer, it could be considered at the service of the conflict-free ego part of the personality leading to adaptation to its environment.

In social dancing, again the concept of being adapted to the environment is applicable. But we all know of those types of persons who do not have a sense of rhythm and cannot enjoy dancing or music, as well as the type who might use dancing as the first step to a social approach. In other words, there are all degrees and shades of how the body is perceived, which the individual might apply from the conflicting ego areas to the conflict free ego areas.

Regardless of which use is made at the moment, the sensory modality and its perception will offer a longitudinal as well as a vertical contact between the present reality and the past reality through the "gateways" of the way body ego perceptions are being handled.

At times a sense organ could become sexualized, with even sensuality and/or sexuality using it for discharge. It could represent and/or equate symbolically a higher or more mature form of libidinal regaining of the object lost, i.e., the Virgin Mary becoming pregnant in the phenomenon of the Annunciation.

The earliest objects that are percived present a dual proposition. The mother fulfills the biological needs of the infant, but is at the same time a socializing agent. Literally, the first society is between mother and child, to the point that Dr. Salk (23) was able to experiment with newborn infants in relationship to their listening to the mother's heartbeat. Those infants who were exposed to the peaceful sound of the mother's heartbeat slept better, gained more weight and ate better. Subsequent studies have also shown how, if the mother's heartbeat had been recorded while she had been emotionally upset and the infants during their sleep were exposed to that sound, they would wake up crying.

Rascoski (22) went so far as to write a book in relation to the psychic foetal life. These long-lasting sensory contacts and earliest object perceptions might be acquired through symbolization and a specific meaning, i. e., the mother figure, is also adquired; through failure of proper symbolization, a diffused quality equating the body loss and/or mutilation may appear.

Schilder (24) speaks of "no isolated sense impression; synenthesia is one of the basic principles of perception", to which I would add that the time in which the conflict occurred during the maturational process will specifically determine structurally the meaning it would adquire. Then, when confronted with an object that is made to seem dangerous, it will stir up the primitive sensory modality specifically connected to the sense organ which is by association connected to the ambivalently felt primitive object loss.

If these theoretical assumptions are correct, it could, for instance, be verified by observing how the associations of a dancer will be verbalized if the person is exposed to music during the session.

I agree with Deutsch in the assumption that the patient will produce the verbal associations to it, revealing his defense mechanisms "My asumption was that any sensory signal must by necessity reach down to early memories, since sensory impressions belong to the first objectless source of psychic development. They are their sensations of that pre-ego period before strong defenses (super ego forces) are developed... memories of object relationships on a pregenital and primarily narcissistic level. These stimuli trigger memories of these relations on a pre-verbal level". (7).

His techniques include taking the patient by surprise with external stimulus, before the patient could mobilize a defense line against

the perception. In this way he reaches strongly emotionally charged and deeper unconscious associations more quickly, the patient associates verbally more freely and the interview is somewhat abbreviated. He assumed that the present condition was a replica of a reaction to the patient's past environment. He further assumes that the environment consisted originally of sensations due to intrinsic or extrinsic sensory stimuli which later on became object related. The threshhold of a sensory perception will depend largely upon the degree and extent to which any sensory function may or may not be emotionally charged. In other words, the intensity of the sensory cathexes will have three avenues: to cathex the object in reality; the image, conscious or unconscious, of the primitive love object will be stirred up when the real or even imagined sensory stimulus is perceived (the asthmatic patient who develops an attack from seeing a plastic, pollen-free replica of the tree to which he is allergic); or the free association mechanism will be opened up and the fantasies emotionally charged and, until the perception is broken, memories will appear.

I mean to say the first type will operate with symbolization working, like a musician or dancer, etc. The second type will be somaticized; and the third type will free-associate. Each will depend primarily on what route the ego perceptual handling of the stimuli will be used, as a mechanism or at the service of a conflict free ego area. The sublimated performer will operate near the conflict-free area; the patient who somaticizes will use the perception at the serve of the conflict areas of the ego; and the one who free-associates will be midway in an attempt to resolve the conflict areas, liberating the energy and perhaps resolving the conflict.

This concept aimed to explain how tenacious an addiction and/on psychosomatic disorder is, because it depends on how many sensory perceptions are involved in the formation of the sympton and behavior. The sympton, behavior and/or sensory perception appear to depend on past memories, whether unconscious or preconscious. This is true when the associations of the patient show how they lead us to the original memory, affect and fantasies which can be reconstructed from the patient's past through the associations. The bodily sensations are the repression and also a condensation of the way relationships to objects of the past and present have been built during the maturational process.

Although not always, frequently what a patient does not want to see or hear becomes repressed and leads to a symptom formation. The once pure bodily needs (propioceptive stimuli) and external stimuli (objectless) which were regulated by the pleasure principle of the primary proccesses were never resolved, with consequent damage to the secondary processes and the reality principle.

These are not a once-and-for-all proposition, and there might be all variations in the way a particular stimulus will be used. In Deutsch's auditory-stimulated patient (8), what the patient didn't wan to hear was "the blocked side, which is the ear as well as the anus", When asked about his sickness, colitis with the threat of ileostomy, he stated, "The anus is then in the skin," which appears frequently in the skin-eroticized addict who produces, due to the drug, not only lack of sexual urges but lack of appetite, constipation, anal-erotic fantasies and also the itching in the skin which is a concomitant sensory modality of the user of heroin. That is why I agree with the idea that the patient's body ego does determine the coloring of different aspects of the transference neurosis.

With the addict, as well as with the psychosomatic patient, one has to search for the proper sensory modality which would be the appropriate test stimulation. It is not the same when one deals with a "visual" type of addict (marijuana, LSD, etc.) as when one is dealing with a skin-erotic addict who primarily depends on the "nirvana" principle.

From certain patients who have gotten to the stage of using the needle but who did smoke marijuana, I heard statements such as, "When I press my eyes, I get visions as if everything from my body is concentrated on the vision". The patient then had no need to carry out any act. By this method, he was able to by-pass any aggressive behavior, eliminate his feelings of inadequacy and inferiority, and could even enjoy an erotic vision with no physical manifestation. The visions and their potential meaning could be compared to what has been found in literature in regard to color dreams and/or dreams which have, besides visual content, other bodily sensations incorporated into them (21, 9, 13, 11, 14, 16, 2, 17, 1).

The ranges or layers of meaning have gone from being a manifestation of a superego need to the iatrogenic cases. Jus as with color dreams, it has reached a point in which it could be attributed and as easily found as in the history of hypochondriacal symptoms; preceding

an organ neurosis; in the prostitute who offers her body but withholds her feelings, etc.

In other words, there is not just one type involved when we talk of a marijuana addict. In fact, with one marijuana addict I learned very soon that he did not react to the "reefers" as his friends did. He would deliberately press on his eyes after smoking it in an attempt to provoke all types de visions. With a musician, he would deliberately hold his breath and cover his ears to hear music under the influence of "pot". It was not a coincidence that this musician had homosexual feelings for his son and invariably smoked a "reefer" in the bathroom when he arrived home in an effort to be civilized to his family.

Slowly I learned that most of this type of addicts would deliberately press on their eyes and that if I pressed the patients' eyes they would report visions of colorful, worm-like figures if they had had marijuana recently. This sensory modality was not obtained by me from other types of addicts.

It appeared primarily in the glue-sniffers, marijuana and LSD users. I came to recognize that either pressing the eyes or having the patient hold his respiration while I blocked the patient's ears, there were roughly three types of reactions. The first reaction group pertained to those who did hear noises and/or music with the auditory sensory sensation. They also saw the worm-like, colored figures when pressure was exerted on their eyes. I found a correlation between this type of reaction and those patients who ordinarily reported dreaming in colors and/or hearing music in their dreams and/or other sensory modalities reported in their dreams.

When a patient reacted this way to the sensory stimuli and it was followed by their reporting dreams which included any of the sensory modalities, they were more favorable in their prognosis, and characteristically they resembled a histerical conversion type. This was even true of those patients who reacted this way who had an underlying schizophrenic process.

Another type of reaction includes those who used marijuana and amphetamines or LSD and/or sniffed glue, who were able, while under the effect of the drug, to produce a vision or any other sensory modality without requiring any effort. In some of the children whom I studied, the visions were in colors and they slowly replaced colorful, frightening dreams. One boy was able to describe and name in differentt ways the different roofs where they went to sniff glue. The particular roof would

be named specifically after the particular colorful vision. One roof was called "the witch roof" on which they saw as a group phenomenon ugly, toothless, mean-looking, big females coming at them. On another roof they would see and fight in their vision all types of "bigger bullies" which is precisely how they named that particular roof.

When I found this type of reaction, the character of the patients resembles more an organ neurosis. They appear to be somewhat midway between a conversion symptom and a true hypochondria.

The third type of reaction I found in the patients who needed and relished the vision, the drug offering them a means to control their appearance. These have gone from dream to a hallucinatory experience of a severe, frightening nature. The hallucination experience was primarily reported in a bodily way and entails feelings of depersonalization. The more terrifying the vision, the deeper the ego regression. The marijuana, LSD and glue-sniffing, etc., were paradoxically a restitution attempt of these patients in an effort to obtain "an artificial control" of their vision. The drug was not only an artificial means of controlling, but a means to feel part of a group and also an attempt to incorporate reality factors in an attempt to prevent a severe ego regression. These reactions were found in patients who were basically psychotic (schizopherenic, mostly) and who compensated with the addiction for the psychotic symptoms.

At times, the addiction was related to hypochondiacal symptomalogy. In my observations, this type of reaction to the drug pertains primarily to patients who are very hard to reach, and usually they are led into heroin and/or opium derivatives in an effort to control the vivid imagery which goes with the intense bodily sensations.

When the patient does not react to the pressure on the eyes or the pressure on the ears, it seems to be because we are dealing with a low I. Q. type or because we are dealing with the previosly mentioned three types of reactions by the patient who is already using other drugs such as barbiturates and opiates. With the heroin addict, the ego regression is so intense and perhaps massive that the visions, hallucinations, color dreams or other psychic manifestations do not apper readily, regardless of the sensory modality that is provoked. Maybe because we are dealing with diffuse skin erotic sensations replacing more specific or more vivid sensory perceptions,their ego cannot handle the severe breakthrough if they become aware of the perception stimuli.

My theoretical conclusions will be followed by clinical papers demonstrating the points I am making in this article:

1) Scanning the literature about addicts, the running emphasis is on their instinctual gratification but, to me, it is more important to elucidate the defense mechanism aspects of any addiction;

2) With the sensory modalities described, the associations obtained in selected cases appear to demonstrate an approach that permits one to understand the functioning personality of the addict (from body ego to manifold psychological components);

3) Research using this approach should be continued in order to know whether or not my conceptualizations are tenable;

4) In a control group, the same approach could be used with people who are addicted ("dedicated") to other forms more tolerated by society, such as smoking, etc.;

5) Finally, the acting out process of an addict does not appear less amenable to study as in other types; for instance, in creative people such as dancers; the temper tantrum of a child; the hypnoic state such as lethargy; and psychosomatic patients.

BIBLIOGRAPHY

1. BLUM, H. P., "Color in Dreams", International Journal of Psychoanalisis, Vol. 45, Part d, October 1964. — 2. CALEF, V., "Color in Dreams", Journal of American Psychoanalytic Association, Vol. II. — 3. COHEN, S DITMAN, K. S., "Prolonged Adverse Reaction to Lysergic Acid Diethylamide", Archives of General Psychiatry, Vol. I, Nº 5, May 1963. — 4. CONTENAU, G., "La medecine en Assyrie et en Babylonie", P. 35, Paris, 1938. — 5. DE LA VEGA G., "Crime as the Dramatization of a Masturbation Fantasy", Psychoanalysis and the Psychoanalitic Review, Vol. 46, Nº 2 pp. 3-20, Summer 1959. — 6. DE LA VEGA, G., "Some Ego Aspects of Drug Addition", Monograph presented during proceedings of the Internatioonal Association for Correctional Medicine. Vienna. Austria, pp. 35-52, Oct. 1962. — 7. DEUTSCH F., "Body, Mind and the Sensory Gateways", N. Y. Basic Books, 1962. — 8. DUNCAN, LUCE R., et al, "Handbook of Mathematical psychology", esp. "Analysis of Some Auditory Characteristics" by Jozef Zeislocki, N. Y.; John Wiley & Sons, Inc., 1965. — 9. FISHER. CH, "Dreams & Perception", Journal of American Psychoanalitic Association, Vol. II. — 10. FRANCERI ANTONIO "Memoirs", 1797 Quoted in "La Psipuiatría Española en el siglo XIX" by Trino Peraga de Ayala). — 11. Gardner, M., "The Annotated Swark", N. Y.; Simon & Schuster, 1962. — 12. Hippocrates, "On Intercourse and Pregnancy" N. Y.: Henry Schuman, inc., 1952. — 13. KAHN, DEMENT, FISHER AND BARMACK, "Incidence of Color in Inmediately Recalled Dreams",

Science (AAAS), Vol. 137 1962. — 14 KNAPP, P. H., "Sensory Impression in Dreams", Psychoanalytic Quarterly, Vol XXV. — 15. KNAPP, P. H. et al, "Addiction Aspects in Heavy Cigarrette Smoking", American Journal of Psychiatry, Convention Issue, Vol. 119, Nº 10, April 1963. — 16. LINN. L., "Color in Dreams", Journal of Américan Psychoanalitic Association, Vol. II. 17. MILLER, S. C., "The Manifest Dream & the Appearance of Colour in Dreams", International Journal of Psychoanalysis, Vol. 45, Part 4, October 1964. — 18. PERAGA DE AYALA, TRINO, "La Psiquiatria Española en el Siglo XIX." Consejo Sup. de Investigaciones Científicas, p. 15; Madrid, 1957. — 19. PERAGA DE AYALA, TRINO, "La Psiquiatría Española en el Siglo XIX", Consejo Sup. de Investigaciones Científicas, p. 16; Madrid, 1957. — 20. PINEL, FELIPE, "Tratado Médico-Filosófico sobre la alienation Mental o la Mania", Madrid, 1804. — 21. POETYL, O., et al, "Preconscious Stimulation in Dreams, Associations and Imagenes"; N. Y.: IUP, 1960. — 22.—RASCOSKI, A., "El Psiquismo Fetal", Ed. Paidos, Buenos Aires, Argentina. — 23. SALK, J., Paper read at the N. Y. Academy of Science; also personal communication while he worked at Elmhurst Hospital. — 24. SHILDER, P., "The Image and Appearance of the Human Body", London: Kegan Paul, 1935, esp. pp. 86, 107, 202.

TIEMPO DE TRASTORNO MENTAL Y ASISTENCIA PSIQUIATRICA

TEODORO DEL POZO VELASCO *

HUMBERTO ROTONDO GRIMALDI **

INTRODUCCION

El presente trabajo ha nacido de las interrogantes que se plantean acerca de cuales son los factores que impiden tanto el diagnóstico como el tratamiento precoz de los trastornos mentales.

Sabemos que en todas las enfermedades existe un período clínicamente indiagnosticable; pero éste no es el caso, sino el de ver cuando la familia la reconoce en el curso de la historia natural de la enfermedad.

Nosotros tratamos de estudiar algunos de los factores por los cuales aquellos que sufren de desórdenes mentales son traídos para la consulta psiquiátrica en una determinada época de la evolución de su enfermedad.

Pensamos que pueden existir causas en la misma familia que lleven a traer a sus enfermos más tarde o más tempranamente; nuestro estudio es un análisis de algunos de los factores que dificultan la prevención secundaria, o sea el tratamiento efectivo por el diagnóstico temprano del desorden mental.

Para el efecto averiguamos: 1) En qué se enfoca la atención en un individuo enfermo de parte de quienes lo rodean y piensen que tiene un trastorno mental. 2) Cuándo es que la familia acude a buscar ayuda para el paciente así reconocido.

Se trata de ver qué dificultades hay para el diagnóstico y tratamiento oportunos y cuáles son estas dificultades.

* Médico Residente del Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán".

** Profesor Principal del Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M.

MATERIAL Y METODOS

En el presente estudio se han sometido a un "Cuestionario de consulta" a 200 individuos, que son familiares o apoderados de los pacientes traidos al hospital en busca de atención médica especializada.

Al inicio se confeccionó un cuestionario que fue modificándose hasta lograr una terminología sencilla y comprensible para los entrevistados. Es así que una vez obtenidas respuestas productivas, se trabajó un corto período con éste material, que para los efectos de nuestro estudio no se tomaron en cuenta.

El cuestionario se aplicó directamente al informante, ésto nos permitió en algunos casos aclarar las preguntas que debían hacerse.

CUADRO Nº 1

Vínculo de los informantes con respecto a los pacientes que traen a consulta al C. S. M. "H. V."

Vínculo	Nº	%
Total	200	100
madre	58	29
hermano	38	19
cónyuge	25	12.5
padre	23	11.5
hijo	18	9
tío	12	6
cuñado	6	3
amigo	6	3
sobrino	3	1.5
nieto	2	1
primo	2	1
abuelo	2	1
suegro	1	0.5
padrastro	1	0.5
yerno	1	0.5
patrón	1	0.5
tutor	1	0.5

La muestra fue seleccionada: Los informes se tomaron de los acompañantes que concurrieron a pedir ayuda por primera vez para sus pacientes al Centro de Salud Mental Hermilio Valdizán. Las encuestas a éstas personas se realizaron los días de consulta externa establecidos en el hospital. Los datos se tomaron un día de consulta por semana.

Es así que se encuestaron a 200 probandos lo que constituye el 45.82% de un total de 436 inscritos por primera vez del 4/11/64 al 2/2/65, cuyas fichas están numeradas del 3200 al 3636.

No se tomaron en cuenta aquellas fichas de los pacientes que venían sin acompañantes.

El parentesco o vínculo de estas personas encuestadas, con respecto a los pacientes a quienes traen se puede ver en el cuadro Nº 1 en orden de frecuencia.

Notamos que por ejemplo 58 (29%) madres proporcionaron los datos requeridos respecto de sus hijos enfermos.

Se recogió información acerca de los grupos domésticos en el seno de los cuales viven los pacientes; en el cuadro Nº 2 presentamos los grupos estudiados:

CUADRO Nº 2

Pacientes traídos por primera vez al C. S. M. "M. V." según procedencia de grupos domésticos.

Grupos domésticos	Nº	%
Total	200	100
Nucleares	76	38
Agregados	52	26
Incompletos	46	23
Heterogéneos	11	5.5
Matrimonios	4	2
Solitarios	11	5.5

"Se entiende por grupos domésticos al conjunto de personas que viven bajo un mismo techo, sean o no miembros de una familia. José Matos Mar ha intentado una clasificación de éstos grupos domésticos en: matrimonio, familias nucleares, familias incompletas, familias agregadas y grupos heterogéneos, aparte del constituído por aquellos que viven solos. Los criterios que corresponde a la clasificación son

los siguientes: 1.—Matrimonios: dos personas de distinto sexo que hacen vida marital, casados o convivientes, sin descendencia; también se incluye en este conjunto a los matrimonios con servidumbre. 2.—Familias Nucleares: compuestas básicamente por el padre, la madre y los hijos comunes de ambos, biológicos o adoptivos. En nuestro análisis incluímos también en esta categoría a las familias que cuentan con hijastros del padre o de la madre, tengan o no hijos comunes. 3.—Familias Incompletas: Se han considerado así a aquellas en las cuales existe relación entre un progenitor e hijos y en cuya casa pueden residir otros parientes. 4.—Familias Agregadas: aquellas constituídas por una familia nuclear que sirve de base, junto a la cual viven otros parientes; también se consideran en esta categoría a los matrimonios en cuya casa viven otros parientes. 5.—Grupos Heterogéneos: los constituídos por parientes entre los cuales no se dan relaciones matrimoniales y filiales o amigos". *

Sexo.— Encontramos 50% de mujeres y 50% de hombres.

Edad.— Las edades de los pacientes que fueron traídos fluctuaron entre 1½ y 81 años. La distribución por edades se ve en el cuadro Nº 3.

CUADRO Nº 3

Edad de los pacientes traídos a consulta al C. S. M. "H. V.", en nuestra muestra.

Edad en años	Nº	%
Total	200	100
0 — 10	10	5
11 — 20	64	32
21 — 30	58	29
31 — 40	28	14
41 — 50	18	9
51 — 60	11	5.5
61 — 70	8	4
71 — 80	3	1.5
81 — 90	1	0.5

* Tomado de la Revista Psiquiatrica Peruana, Vol. I, Nº 3-4, 1959. "Estudios de Morbilidad Psiquitrica en la Población urbana de Mendocita" Rotondo, H., Maritegui. J., Bambarén. C y col.

Podemos apreciar que en nuestra muestra son mayoría los pacientes de 11 a 20 años, siguiéndoles en frecuencia los de 21 a 30 años.

Diagnósticos de los pacientes traídos por los encuestados.— Los grupos generales encontrados se pueden apreciar en el cuadro siguiente:

CUADRO Nº 4

Diagnósticos y sexo de los pacientes traídos a la consulta al C. S. M. "H. V.", en nuestra muestra.

Diagnósticos			**Sexo**	
	Nº	%	**M**	**F**
Total	200	100	100	100
Desórdenes psicóticos	94	47	50	44
Desórdenes psiconeuróticos	27	14.5	4	23
Desórdenes organicocerebrales	59	28.5	32	27
Trastornos de personalidad	20	10	16	4

F = Femenino; M = Masculino.

RESULTADOS

Tiempo de enfermedad.— Es necesario definir y evaluar correctamente este tiempo. Para el efecto se ha considerado el tiempo de enfermedad referido por el informante, que es por supuesto muy diferente del verdadero tiempo clínicamente evaluado, más aún tratándose de enfermedades mentales. Suponemos que los primeros estados de estos trastornos son difícilmente reconocidos en la colectividad.

Es evidente que este tiempo es dado desde que el trastorno mental es percibido como tal en la familia; más propiamente se refiere al reconocimiento de los padecimientos mentales a partir de las manifestaciones sintomáticas que hacen sospecharlo.

Para el análisis se han agrupado los resultados en el cuadro Nº 5 en que notamos la distribución en general.

CUADRO Nº 5

Pacientes traídos por 1ª vez a la consulta al C. S. M. "H. V." por tiempo de trastorno mental referido por los informantes.

Tiempo	Nº	%
Total	200	100
0 — 2m	19	9.5
2m — 1a	40	20
1a — 2a	18	9
2a — 3a	17	8.5
3a — 6a	49	24.5
6a — + a	57	28.5

Podemos apreciar que más enfermos son traídos tardíamente o en una etapa crónica; esto es, después de los dos años de enfermedad, el 61.5% (123) y, como se ve pormenorizado en el cuadro, después de los 6 años o sea de cronicidad avanzada 28.5% (57). Sólo el 28.5% (77) vienen con menos de dos años de enfermedad.

Tiempo del trastorno mental de acuerdo a los diagnósticos.— Al presentar el material de trabajo mencionamos que de los 200 pacientes traídos a la consulta, 94 son portadores de desórdenes psicóticos (Esquizofrenias, reacciones psicoticas involutivas, reacciones maníaco-depresivas, reacciones paranoides), 54 sindromes orgánico-cerebrales (Asociados a: convulsiones, déficit mental; post traumático-encefalo-craneano, arterioesclerosis cerebral, senilidad; sindromes cerebrales agudos), 27 psiconeuróticos (Reacciones psiconeuróticas depresivas, de angustia, conversivas, obsesivo-compulsivas, fóbica, disociativas), y 20 trastornos de personalidad (Reacciones sintomáticas especiales, reacciones sintomáticas especiales adiciones, reacciones antisociales).

En el cuadro Nº 6 vemos los porcentajes generales comparativos entre los diversos grupos diagnosticados.

CUADRO Nº 6

Pacientes traídos por 1ra. vez al C. S. M. "H. V." por tiempo de trastorn o mental, según su diagnóstico.

Diagnóstico		**P**		**O**		**N**		**T. P.**	
Tiempo	**Total**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
Total	200	44	47	59	28.5	27	14.5	20	10
0-m	**19**	12	63.15	3	15.78	4	21.05	0	0
2m-la	**40**	18	45	9	22.5	8	20	4	10
la-2a	**18**	10	55.55	5	27.77	2	11.11	2	11.11
2a-3a	**17**	9	52.94	6	35.29	1	5.88	1	5.88
3a-6a	**49**	26	53.06	12	24.48	7	14.28	5	10.38
6a-+a	**57**	19	32.98	24	42.10	5	7.71	8	14.03

P. = *Psicóticos;* O. = *Orgánicocerebrales;* N. = *Neuróticos;* T. P. = *Trastornos de personalidad.*

De los 19 pacientes que son traidos dentro de O-2m de percibido el trastorno mental, el 63.15% (12) son psicóticos; 15.78% (3) son organico-cerebrales y 21.05% (4) son neuróticos; ningún paciente con trastornos de la personalidad fué traído en ese período de tiempo. Comparativamente en los demás períodos de tiempo en que es notado el trastorno mental, hay mayor número de psicóticos, excepto entre aquellos que tienen más de 6 años de trastorno mental, en que predominan los órgánico-cerebrales: 42.10% (24); los psicóticos 32.98% (19); neuróticos solamente 7.71% (5) y 14.03% (8) trastornos de personalidad. Es de notar que predominan estos últimos sobre los neuróticos.

Estudiaremos el tiempo de trastorno mental dentro de cada grupo sin compararlos con los otros.

Para los psicóticos tenemos el cuadro Nº 7.

CUADRO Nº 7

Pacientes Psicóticos traidos por 1ra. vez al C. S. M. "H. V." por tiempo de trastorno mental, según consulta Psiquiátrica.

	En general (con consulta psiquiátrica previa y sin consulta anteriores		Psicóticos que son traidos por primera vez a consulta psiquiátrica.		Con consultas psiquiátricas previas.	
Tiempo	**Nº**	%	**Nº**	%	**Nº**	%
Total	94	100.00	35		59	
0-2m	12	13.00	11	91.66	1	8.40
2m-1a	18	19.14	10	55.55	8	44.45
1a-2a	10	10.63	5	50	5	50
2a-3a	9	9.59	4	4.44	5	55.46
3a-6a	26	27.65	1	3.85	25	96.15
6a-+a	19	20.21	4	21.05	15	78.95

Nota.— Las consultas psiquiátricas previas fueron hechas particularmente o en otro hospital.

Hasta los dos años de trastorno mental son traidos un 42.55% (40) de pacientes con trastornos psicóticos, pero mucho más tardiamente el 57.45% (54); esto en la distribución general, pero si tenemos en cuenta los que son traidos por primera vez a una consulta especializada

y los comparamos con aquellos que han tenido consultas previas, los primeros son traidos en un periodo agudo, es decir hasta los dos años un 74.28% (26) y después de dos años o sea crónicos, solamente 25.72% (9). Lo contrario ocurre en el grupo con consultas previas, es así que hasta los dos años de trastorno son traidos 23.72% (14) y cuando tienen más de dos años de trastorno mental un 76.28% (45).

Esto nos indicaria un aumento de la tolerancia a estos pacientes o tal vez que son objeto de una menor atención a medida que avanza la enfermedad.

La distribución pormenorizada en cada grupo se puede ver en el mismo cuadro; notándose que de los 12 pacientes que vienen dentro de los dos primeros meses, 11 son vistos por primera vez por un psiquiatra y uno había tenido consulta anterior. Esta diferencia es notable en períodos tempranos de percibido el trastorno mental por la familia.

En resumen, más psicóticos de nuestra muestra son traidos por primera vez a una consulta psiquiátrica dentro de los dos primeros años de percibido el trastorno; en cambio aquellos que han tenido consultas previas, llegan con más tiempo de evolución.

En el cuadro Nº 8 tenemos las distribuciones para los organicocerebrales.

CUADRO Nº 8

Pacientes organicocerebrales traídos por 1ra. vez al C. S. M. "H. V." por tiempo de trastorno mental, según consulta psiquiátrica.

	En general		Organicocerebrales traidos por primera vez a consulta psiquiátrica		Con consultas psiquiátricas previas.	
Tiempo	**Nº**	%	**Nº**	%	**Nº**	%
Total	59	100.00	29		30	
0-2m	3	5.08	2	66.66	1	33.33
2m-1a	9	16.94	5	55.46	4	44.44
1a-2a	5	8.47	4	80	1	20.
2a-3a	6	10.16	2	33.33	4	66.66
3a-6a	12	20.32	8	66.66	4	33.33
6a-+a	24	40.64	8	33.33	16	66.66

En estos pacientes se nota una tendencia a ser traidos después de tiempos prolongados de notarse el trastorno mental, en un período hasta de dos años son traídos solo el 28.81% (17); después de dos años o sea de una evolución prolongada el porcentaje es mucho mayor: 71.97% (42). Pormenorizando: sólo 5.08% (3) vienen dentro de los dos primeros meses, en cambio dentro de 3-6 años el 20.32% (12) y después de seis años el 40.64% (24). Entre los que son traidos por primera vez a un psiquiatra se nota que va aumentando en número aquellos con deficiencia mental y más en los que tienen convulsiones. Esto es explicable porque el deficiente mental y el que tiene convulsiones, mientras pasa más el tiempo se hacen más notorios y van trayendo más problemas si no son objeto de rehabilitación y de tratamiento apropiado.

Estudiando el tiempo de trastorno mental entre los pacientes psiconeuróticos (Cuadro Nº 9) vemos una dispersión en los diversos periodos de tiempo en la distribución general: de los 27 pacientes, 51.85% (14) tienen hasta dos años de trastorno; después de los años hasta seis años y más: 48.15% (13). Pero comparando los de primera consulta con aquellos vistos anteriormente, se observa que los neuróticos son traidos tempranamente buscando ayuda psiquiátrica cuando lo hacen por primera vez; una hipótesis de porqué estos pacientes llegan tem

CUADRO Nº 9

Pacientes psiconeuróticos traídos por 1ra. vez al C. S. M. "H. V." por tiempo de trastorno mental, según consultas.

	En general		Psiconeuróticos traídos por primera vez a consulta psiquiátrica.		Con consulta psiquiátrica previa.	
Tiempo	**Nº**	%	**Nº**	%	**Nº**	%
Total	27		17		10	
0-2m	4	14.81	4	100	0	0
2m-1a	8	29.62	6	75	2	25
1a-2a	2	7.40	2	100	0	0
2a-3a	1	3.72	0	0	1	100
3a-6a	7	25.92	2	28.58	5	71.42
6a-+a	5	18.51	3	60	2	40

prano", es que sufren con sus síntomas y solicitan que los traigan; esto lo confirmamos cuando vemos la participación del paciente en la consulta, pues de los 27 neuróticos 17 pidieron espontáneamente ser vistos por un médico y 10 no lo hicieron.

El hecho de que más neuróticos con consultas previas tengan tiempo de trastorno más prolongado, se explica por lo que se observa en la clínica; éste tipo de pacientes acude por sus sufrimientos a uno y otro consultorio.

El tiempo de trastorno mental entre el pequeño grupo de pacientes con trastornos de personalidad se puede apreciar en el cuadro Nº 10. La distribución de estos pacientes se asemeja a la de los orgamicocerebrales, pues hasta los dos años de notado el trastorno son traidos sólo el 30% (6) y después de los dos años a seis meses y más, el 70% (14).

CUADRO Nº 10

Pacientes con trastornos de personalidad traídos por primera vez al C. S. M. "H. V." por tiempo de trastorno mental.

Tiempo	Nº	%
Total	20	100
0 — 2m	0	0
2m — 1a	4	20
1a — 2a	2	10
2a — 3a	1	5
3a — 6a	5	25
6a — + a	8	40

En los trastornos de personalidad a medida que pasa el tiempo el sujeto va entrando en mayores problemas con la sociedad; se comprende que los tengan cada vez más frecuentemente desde la adolescencia cuando ocurren mayores contactos con el exterior. Esto explicaría el porqué de la distribución registrada en este grupo.

Tiempo de trastorno mental y grupos domésticos. — El tiempo de padecimiento mental varía dependiendo de la procedencia familiar, esto lo vemos en el cuadro Nº 11.

CUADRO Nº 11

Pacientes traídos a consulta por 1ra. vez al C. S. M. "H. V." por tiempo de trastorno mental según procedencia de grupos domésticos.

Crupos domésticos		N.		A.		I.	
Tiempo	**Total**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
Total	**174**	76		52		46	
0 — 2m	16	6	37.5	8	50	2	12.5
2m — 1a	37	22	59.43	7	18.91	8	21.61
1a — 2a	18	11	61.11	4	22.22	3	16.66
2a — 3a	15	2	13.33	9	60.	4	26.66
3a — 6a	42	16	38.09	12	28.57	14	33.33
6a — + a	46	9	41.30	12	26.08	15	32.60

N = Nuclear; A = Agregados; I = Incompletos.

Dentro de los dos primeros meses de notado el trastorno mental, 37.5% (6) provienen de grupos nucleares, 50% (8) de grupos agregados y 12.5% (2) de grupos incompletos. Una hipótesis para explicar el hecho de que más pacientes provenientes de grupos agregados sean traídos en períodos tempranos de trastorno, sería por la naturaleza de su composición, es decir habría presión de parte de los parientes que viven en el hogar para buscar ayuda. Lo contrario podría plantearse respecto a los grupos incompletos, pues de los 46 de éstos 71.73% (33) están compuestos por un progenitor y los hijos solamente; en cambio el 28.27% (13) restante, tienen otros parientes. Este fenómeno retardaría la búsqueda temprana de ayuda.

Es de notar que en los grupos incompletos los progenitores que predominan son mujeres (41 madres), sólo encontramos 5 padres en nuestra muestra.

COMENTARIO

Habíamos calificado como tiempo de enfermedad para nuestro estudio, el tiempo desde que la familia se percata del trastorno mental y encontramos que el 38% de los pacientes son traídos dentro de los dos años desde que se percibe el trastorno, es decir en períodos tem-

prano y el 61% después de los dos años o sea en probable estado crónico. El 28.5% del total viene con más de 6 años de enfermedad o en período de cronicidad avanzada (Uno de nuestros casos con 44 años de enfermedad y otro con 31 años, ambos con diagnósticos de sondrome cerebral orgánico asociado a déficit mental severo y vistos por primera vez por un psiquiatra); en general la mayoría de estos pacientes crónicos avanzados tenían sindromes organicocerebrales (de los 57 casos con más de 6 años, 42% tenían éste diagnóstico); esto nos indicaría que la familia tiende a preocuparse de sus pacientes tardíamente y probablemente cuando representan una amenaza o una "carga" como lo comprobaremos posteriormente. En otros grupos diagnósticos encontramos que de los casos reconocidos (19 casos), en etapas tempranas, (dentro de los dos primero meses) el 63.15% eran psicóticos, 21.05% neuróticos y 15.78% organicocerebrales; ningún paciente con trastorno de personalidad fue traído en este período de tiempo.

Estudiando el tiempo de trastorno dentro de cada grupo diagnosticado, encontramos que los psicóticos son traídos en un 42.55% dentro de los dos primeros años y 57.45% después de los dos años. Encontramos también que más psicóticos son traídos por primera vez a una consulta psiquiátrica dentro de los dos primeros años de percibido el trastorno, en cambio aquellos que fueron vistos anteriormente por un especialista son traídos en mayor porcentaje después de los dos años. Esto último podría indicarnos un aumento de la tolerancia a estos pacientes o tal vez significaría que son objeto de una menor atención a medida que avanza la enfermedad, en todo caso sería asunto de nuevas investigaciones.

Entre los organicocerebrales se observa una tendencia a ser traídos después de tiempo prolongado de notarse el trastorno mental; hasta los dos años de trastorno sólo 28.81%; después de los dos años el porcentaje es mucho mayor: 71.19%. Del total de organicocerebrales el 40.64% son traídos después de los seis años.

Entre los neuróticos, más pacientes son traídos tempranamente buscando ayuda psiquiátrica, cuando lo hacen por primera vez. Habíamos planteado ya una hipótesis para explicar este fenómeno y es que este tipo de pacientes sufren por sus síntomas y solicitan ser vistos por un médico, esto lo comprobamos al encontrar que 17 de los 27 neuróticos pidieron espontáneamente consulta con un médico y 10 no lo hicieron.

El hecho de que más neuróticos, con consultas previas, de nuestra muestra tengan tiempo más prolongado de trastorno, referido por la fa-

milia, se explicaría por lo que se observa en la clínica, pues estos pacientes acuden por sus sufrimientos a uno y otro consultorio, o causan menos molestías.

Entre los pacientes con trastorno de personalidad encontramos una distribución semejante a los orgánico-cerebrales: el 70% son traídos con más de dos años de trastorno. Del total con trastornos de personalidad el 40% viene después de los 6 años (orgánico-cerebrales 40%).

Una situación semejante de demora han encontrado en Gran Bretaña, Jacqueline Grad y Peter Sainsbury: "el alto costo de la enfermedad mental para las familias de los pacientes es ya aparente cuando el paciente viene por primera vez a ver al psiquiatra y algunas familias han sufrido serias molestias por muchos años antes de buscar ayuda... El 61% de 410 familias habían sufrido molestias mientras el paciente estuvo en el hogar y esto por más de dos años... Pacientes con psicosis orgánicas y con desórdenes de la personalidad causaron problemas en el 84% y 69% de las familias respectivamente".

En los trastornos de personalidad a medida que pasa el tiempo el sujeto va entrando en mayores problemas con la sociedad, esto explicaría el por qué de la distribución que encontramos, coincidente con un incremento del "stress" sobre la familia y al fin la búsqueda de ayuda.

Tomando en cuenta la composición familiar, encontramos que de los casos reconocidos dentro de los dos primers meses: el 50% provienen de familias agregadas; 37.5% de familias nucleares y sólo 12.5% de familias incompletas. El que más pacientes de familias agregadas sean traídos en períodos tempranos, podría explicarse por la naturaleza de su composición, pues habría presión y ayuda de parte de los otros parientes que viven en el hogar. Lo contrario ocurriría con las familias incompletas estudiadas; encontramos que el 71.73% de estas familias tienen un progenitor y los hijos solamente, y 28.27% tienen además otros parientes en casa, esto quizá retardaría la búsqueda de asistencia. Observamos además que de los 46 grupos incompletos en 41 de ellos, los progenitores que quedan en el hogar son madres y solamente 5 padres.

RESUMEN

Este trabajo se realizó en el Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán". Se encuestaron a 200 individuos que vienen por primera vez en busca de ayuda psiquiátrica para sus familiares enfermos. Encontramos que los pacientes son traídos en su mayoría cuando han pasado más de dos años de notado el trastorno mental por la familia. En períodos tempranos más psicóticos son traídos a la consulta, los orgánicoscerebrales y los trastornos de personalidad vienen tardíamente. Los pacientes provenientes de familias más integradas son traídos más prontamente que de los otros grupos.

SUMMARY

This research was carried out at the "Hermilio Valdizán" Mental Health Center. A questionaire was applied to 200 relatives of psychiatric patients, who looked after help for them. Our main finding is that generally psychiatric patients are brought to the Hospital after two or more years after the recognition of the illness by the family. Psychotics are brought earlier, organic brain disorder and personality disorders the latest. Patients belonging to better integrated families are brought earlier for help.

BIBLIOGRAFIA

1. CAPLAN, GERALD. "Principles of Preventive Psychiatry". Basic Books Inc. Publishers, N. Y. 1964. — 2. CARAVEDO B., ROTONDO H., MARIATEGUI J. "Estudios de Psiquiatría Social en el Perú". Ed. El Sol Lima - 1963. — 3. GRAD, J. y SAINSBURY. P. "Mental Illness and the Family". Lancet, I, 544. March 9, 1963.— 4. ROTONDO H., MARIATEGUI J., BAMBAREN C. y Col. "Estudios de morbilidad psiquiátrica en la población urbana de Mendocita". Rev. Psiq. Peruana. Vol. 2, 3-4, 1959.

GRUPOS ESPONTANEOS DE BEBEDORES: OBSERVACIONES DINAMICAS*

PEDRO BAUTISTA ZAVALA** y RUBÉN RÍOS CARRASCO***

INTRODUCCION

Es sabido de que la medicina de nuestros tiempos, luego de ingentes esfuerzos, ha logrado controlar parcialmente una serie de procesos morbosos como los infecciosos, tumorales, traumáticos, endócrinos, etc. que antes requerían la urgente preocupación asistencial; la declinación de esta preeminencia ha favorecido que actualmente vuelque su atención en otro tipo de afecciones entre las que destacan los desajustes emocionales y toda suerte de trastornos psiquiátricos, cuya frecuencia, por otra parte, se ha visto incrementada por las características culturales de nuestra época; muchos de estos desajustes se manifiestan en forma de hábitos nocivos, siendo, pese a ello, aceptados en cierta medida; por ejemplo la utilización de las bebidas alcohólicas en ceremonias y eventos de diversa índole en las más diferentes clases sociales y culturas con el fin de vehiculizar las más variadas emociones como son la angustia, la tristeza, la alegría, la frustración, la ira, etc. Más aun cuando, en países como el nuestro, los productos alcohólicos cuentan con el auspicio indirecto del estado, desde que éste recauda jugosos impuestos por el consumo y son formidables los sistemas de propaganda que emplean las florecientes y prósperas em-

---

* Trabajo presentado en el IV Congreso Latino Americano de Psiquiatría. Buenos Aires. 1966.

** Residente del Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima.

*** Médico del Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima y Profesor del Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina.

presas industriales y manufactureras. De estas situaciones emergen los candidatos que habrán de incorporarse a la nutrida población alcohólica, terrible flagelo que en forma paulatina menoscaba la economía y los valores sociales e individuales de la persona humana. Frente a ello la sociedad y la medicina, pese a inusitados esfuerzos y al empleo de los más distintos procedimientos no han podido hasta hoy, lograr una exitosa actitud terapéutica o profiláctica. El Dr. Sergio Zapata, gentilmente, nos sugerió la idea de hacer un estudio dinámico de grupos espontáneos de bebedores es decir de aquellos que se reunen en las cantinas de modo eventual, aspecto descuidado pese a que en nuestro país se han realizado numerosos estudios e, inclusive, en la literatura mundial cuidadosamente revisada por nosotros carece de antecedentes. Suscitado así nuestro interés logramos realizar un estudio dinámico acerca de diez grupos de bebedores siendo el presente trabajo el resumen de uno de los aspectos de dicha investigación.

MATERIAL

Traportando paciencia, papel y lápiz, hemos visitado al atardecer del día o en la noche y en distintos días de la semana, de preferencia los sábados; los bares y las cantinas de diversos distritos de la Lima cosmopolita (Rímac, La Victoria, Lima y Chacarita) y sin un criterio preciso de selección, excepto el tratar de eludir algunos factores negativos que atentan contra una buena observación, como por ejemplo: ruidos molestos (radiolas a todo volumen, grupos bulliciosos de bebedores contiguos, tránsito frecuente de vehículos, etc.), la inaperante disposición de mesas y sillas etc., hemos realizado:

a) Un diagrama del bar o cantina que esquematice la disposición del mobiliario y situación de los integrantes del grupo.

b) El protocolo de cada grupo, que involucra una descripción del ambiente, la apreciación en conjunto y el diálogo que se ha tratado de tomar textualmente, anotando los términos tal cual fueran empleados por los protagonistas, muchos de cuyos nombres han sido supuestos con el fin de dar mayor claridad al relato; en algunas oportunidades no fué posible realizar las anotaciones en su integridad, habiendo sido necesario la reconstrucción mnémica de dichos pasajes. A veces tuvimos que hacer una exploración previa del local que nos evitase

estas incomodidades y nos permitiese un planeamiento antelado, pese a ello tuvimos que deshechar numerosos protocolos por incompletos, muy suscintos o por la interrupción súbita de su elabración.

La selección del grupo de bebedores se realizó teniendo en cuenta varios criterios.

a) Que sea el único grupo de la cantina.

b) Que constituya el grupo de mayor ebriedad.

c) Que ofrezca mayores facilidades para la observación.

Tuvimos particular interés en sorprender a los grupos cuando habían iniciado las libaciones y ya se encontraban sus componentes ligeramente embriagados.

Estos grupos estuvieron constiuídos por miembros de diferente clase social, por lo general pertenecientes a la clase trabajadora o a la burgesía inferior; de nivel cultural mas bien bajo, con un grado de instrucción elemental, la mayor parte con conocimientos precarios, posiblemente egresados de la escuela primaria o cuando más de la secundaria. El número de sus componentes ha variado entre 3 y 8 miembros, siendo la mayor parte entre 4 y 5. La edad calculada ha variado entre 17 a 60 años. predominando los que se encuentran entre los 25 y 45 años; todos ellos han sido del sexo masculino y de raza mestiza, la mayoría de los cuales, por sus rasgos fisonómicos, descendientes de blancos e indígenas, de procedencia provinciana, sin embargo no dejó de haber individuos de la costa y de la selva e injertos, chino-cholos y zambos. Ectoscópicamente el tipo constitucional predominante fue el atlético de la tipología de Kretschmer; la estatura por lo general ha variado entre 1.60 a 1.75 m. predominando aproximadamente 1.65 m. La vestimenta y el cuidado personal corresponde al nivel social descrito. La bebida utilizada preferentemente ha sido la cerveza.

La actitud adoptada por el observador fué pasiva, la del explorador periférico y silencioso, aunque esta actitud varió en algunas oportunidades por que alguno de los miembros del grupo se acercaron al observador ya sea con el fin de invitarlo a participar en la reunión o para inquirir por el motivo de su presencia; por ejemplo, cuando uno de los integrantes del grupo, luego de regresar del baño, trata de atisbar los apuntes del observador (gr. 4 y 6) o cuando a insistencia de uno de sus miembros se integró a un grupo (gr. 9); por lo que, a fin de no despertar hostilidad o sospecha tanto de parte de los bebedores

como de los mozos o propietarios, se pidió una bebida caliente (café, té, etc.) o un vaso de licor (cerveza) tratando en lo posible de pasar desapercibidos de acuerdo a las circunstancias.

METODO

Para conseguir nuestro objetivo hemos utilizado los siguientes métodos:

a) La observación y anotación de los hechos con la mayor fidelidad posible en las condiciones descritas.

b) El análisis dinámico del contenido psicológico y social.

RESULTADOS*

Dada la amplitud del material obtenido y el carácter de esta comunicación no hemos creído conveniente incluír la casuística, recomendando a los que estuvieran interesados leerlos en el trabajo: "Estudio Psicodinámico de Grupos de Bebedores Alcohólicos Espontáneos", que será publicado en breve y en que se discuten con mayor amplitud este y otros tópicos.

Al estudiar los aspectos dinámicos de los diálogos en los grupos de bebedores alcohólicos espontáneos, hemos encontrado que afloran nítidamente dos categorías de impulsos: el tanático y el erótico, que se dan consecutiva o coincidentemente, las más de las veces formando un par dialéctico en el cual uno de ellos predomina.

En cuanto al primero se han encontrado las variedades siguientes:

1.—*Impulsos Heteroagresivoss* notables en las tareas grupales de los primeros 7 grupos, en la formación y mantenimiento grupal en 2 de ellos (4 y 6) y a través de los roles individuales en 4 grupos (2, 5, 8, 10). Se han manejado estos impulsos mediante mecanismos de defensa tales como: racionalización (1, 2, 4, 5, y 10), proyección (1, 2, 3, y 6), desplazamiento (3, 6 y 7), compensación (2), negación (6) y represión (8).

---

* Los números que aparecen entre los paréntesis corresponden a los grupos estudiados.

2.— *Impulsos Autoagresivos*:

a).— En la modalidad del sentimiento de culpa se pueden apreciar en las tareas grupales (4 y 9), en la formación y mantenimiento grupal (4 y 5) y a través de los roles individuales (5 y 10); habiendo utilizado como mecanismos de defensa el desplazamiento (4 y 9), la racionalización (5) y la compensación (10).

b).— En la modalidad de la autoagresión, ya sea esta exclusivamente psíquica o física, se ha presentado en todos los grupos generalmente a través de la simbolización.

En cuanto a los impulsos eróticos se ha encontrado las siguientes variedades:

1.— *Impulsos homosexuales*:

a) En la variedad de acercamiento de tipo homosexual tanto en las tareas grupales (4, 5, y 6), en la formación y mantenimiento grupal (6) o a través de los roles individuales (5). En este caso se han dado mecanismos de racionalización (4, 5, y 6), identificación (5 y 6), proyección (5) y fantasía (6).

b) En la variedad de juegos de tipo homosexual que se expresan en las tareas y en la formación y mantenimiento grupal del grupo 2 y en las funciones individuales de los grupos 1 y 2, empleando para el efecto la compensación (1 y 2), la simbolización (2) y la identificación.

2.— La desinhibición heterosexual ha sido muy clara en las tareas grupales (4 y 6) y en los roles individuales (4, 6, 9, y 10), habiéndose utilizado en dichas oportunidades como mecanismos de defensa la racionalización (6 y 9), la sustitución (4), la identificación (1), la fantasía (6) y la proyección (10).

COMENTARIO

En el presente estudio de grupos espontáneos de bebedores hemos notado que lleva cada integrante, como lo haría cualquier miembro de otro grupo, "ciertos intereses, impulsivos, motivaciones generales y específicas..... valores, aspiraciones, hábitos, sentimientos y creencias definidas" como sostiene Beal. Analizando esto encontramos que

en el conjunto de nuestros diez grupos, han existido motivaciones específicas expresadas a través de la celebración de aconteceres, producto de satisfacciones comunes como el haber tenido oportunidad de alternar con personalidades de una clase social más alta, haber alcanzado éxito económico en su labor ocupacional (grupo 2), el reencuentro con antiguos amigos (grupos 1, 3, 7 y 8), la reafirmación o congratulación de lazos de fraternidad (grupos 6, 9 y 10), o el festejo de fechas significativas como el día de la madre o el cumpleaños de un compañero (Grupos 4 y 5). Condicionadas y favorecidas estas circunstancias por las costumbres de nuestro ambiente cultural se organizaron nuestros grupos, en el sentido dado por Beal, es decir como 'una pluralidad de personas que interaccionan unas con otras en un contexto dado, más de lo que interaccionan con cualquier otra persona", y como agrega Sprott que se trata de una relación "cara a cara en una situación particular" y utilizaron el licor como elemento primordial de conjunción y coparticipación para poder alcanzar sus fines y metas, los cuales no siempre fueron captados ni buscados concientemente por los participantes; para finalmente, luego de un tiempo variable, terminar disgregandose de diverso modo.

En el enfoque realizado, orientado sólo el aspecto dinámico grupal, hemos observado y encontrado a través de la interacción psico-social la "red de comunicaciones" y de otros factores estructurales; el juego por el predominio de dos categorías de impulsos: el tanático y el erotico. Los que se hacen más perceptibles en sus diferentes modalidades y son favorecidos en su expresión por un elemento desinhibidor central a dosis pequeñas (el alcohol) como claramente señala Podolsky: "la sensación de desapego y la autoconciencia desaparecen y el individuo se siente más cercano a los demás, cosa que no había logrado antes de beber" y como lo patentiza Berne cuando afirma: "debilita el Ego y el Superego y permite al Ello expresarse más libremente", y es así mismo como brota la tendencia heteroagresiva verbal y a veces conativa, con más predominancia a nivel de las funciones de las tareas grupales, nitidamente apreciable en el episodio que a continuación transcribimos textualmente: cuando DA (seguidor) colérico dice: "¡Entonces el padre es una m...! ¡No vale nada! A pesar de ser el más sacrificado".... Se levanta de su asiento, gira alrededor de la mesa y se dirige donde CA (lider) con el semblante lloroso y con intención de agredirlo. "Entonces yo soy una m..." —llora desconsoladamente—" ¿Porque al padre no le dan tanta importancia? ...".

La emergencia de un líder funcional en cuanto a las tareas grupales quien actúa creando, definiendo y delimitando en forma impositiva las funciones del grupo, es en nuestra casuística capaz de crear nuevas situaciones, cambiar de local, tomar determinada bebida, impedir que se fragmente el grupo, orientar el contexto emocional del grupo, pudiendo tornarlo triste, alegre, iracundo, etc., todo lo cual indica la transgresión de la libertad individual y la autodeterminación; causa una escisión en el grupo formándose un bando que lo apoya y otro que lo rechaza activa o pasivamente, así como sentimientos individuales de frustración, todos los que condicionan diversas formas de la heteroagresión anotadas, que concomitantemente originan, no pocas veces, sentimientos de culpa que son manejados de diferentes maneras.

A nivel de los roles de formación y mantenimiento grupal debido al deseo de conservar la cohesión mediante las normas y el control social de los impulsos tanáticos y eróticos, éstos prácticamente se equilibran y en forma relativa aflora la agresión y el sentimiento de culpa cuando alguien trasgrede los factores estructurales. Mientras que a nivel de los roles individuales la heteroagresión es orientada más bien a la persona en sí que al grupo, lo cual es notorio en la franca competencia de los integrantes por adquirir prestigio o jerarquía, de este modo favorecen también al sentimiento de culpa que muchas veces llega a la autoagresión como compensación. Esta última variedad es más característica en el nivel de los papeles individuales como claramente se aprecia en el ejemplo siguiente cuando TI (agresor) dice a VI que es compadre de CA con el cual ha establecido una relación antagonista: "Bueno compadre, ahora iremos a saludar a la comadre" —y dirigiendose a CA— "No . . . .no te recientas. Discúlpame vamos a ir los tres . . . ." entonces VI dice a TI: "Yo te estimo, te aprecio; así como a mi compadre, tú ya me conoces. Lo que pasa es que Uds. (TI y CA) se han resentido hace tiempo y eso no debe ser".

En lo que respecta al Eros, aunque según nuestros hallazgos, en menor cuantía, también se manifiesta bajo la forma de acercamiento homosexual, como bien dice Freud "parece indiscutible que el amor homosexual se adapta mejor a los lazos colectivos incluso allí donde aparece como una tendencia sexual no coactada", es posible que por esta razón predomina a nivel del rol de las tareas grupales como expresión de identificación e insatisfacción erótica, condicionado por el sentimiento de evaluación de los seguidores. Raramente se presentan los

juegos homosexuales el siguiente ejemplo nos aclara este aspecto, cuando TI le dice a EU: "Oye Totita ¿qué tienes?, ¿asi son los tarmeños, maricones...? ¡qué buen papel usas, es de México! ... ¿a dónde está el jabón? ¡qué barata eres! ..." EU responde: "calla desgraciado de m ..., tú si que eres de la huacha, ¿qué me dices tú si usas jabón pacocha...?" Con mayor frecuencia se observa la desinhibición heterosexual como se aprecia cuando CA (lider) dice: "....si, yo me había ido a la embajada, por todas partes había buscado dinero y eran tan ricos los lomos (mujeres) hermano, que sólo tuve que mirarlos y recurrir a la mano no mas....." Es de notar que a nivel de la formación y mantenimiento grupal muy raramente aflora la homosexualidad debido a actitud pasiva que adoptan los integrantes para mantener o conservar la unidad grupal, no ocurriendo de igual manera en los roles individuales en donde son mayores las posibilidades de satisfacción personal, deseos hasta ahora reprimidos, que tienen generalmente un tinte heterosexual y la consiguiente ambivalencia en forma de acercamiento homosexual, pero siendo, a este nivel, característicos los juegos heterosexuales, como se observa cuando JO insiste en preguntar a HU: "Ya se que eres de Lima, pero de qué parte de Lima? ... Ah, no quieres decirme...?" y al no recibir respuesta alguna le agarra a éste la nalga y el muslo izquierdo.

CONCLUSIONES

1. Se ha observado que mientras los impulsos tanáticos predominan a nivel de las tareas grupales, los eróticos lo hacen a nivel de los roles individuales, y que ambos se equiparan en el nivel de mantenimiento y formación grupal.

2. El poder del lider es fundamental en la determinación de las tareas grupales.

3. Solamente a nivel de los roles individuales se han detectado manifestaciones de autoagresión.

4. Creemos necesario emprender estudios más amplios y minuciosos acerca de la dinámica grupal, tanto en otros grupos de bebedores espontáneos como en los más diversos grupos humanos para poder comparar los diferentes resultados y llegar a conclusiones válidas.

RESUMEN

Se presenta un aspecto, el análisis dinámico del contenido psicológico y social, de un amplio estudio realizado en diez grupos espontáneos de alcohólicos; para lo cual se exponen las características individuales y grupales del material descrito y se analizan los contenidos tanáticos y eróticos de la comunicación en función de tres niveles de interacción: las tareas grupales, la formación y mantenimiento grupal y los roles individuales.

SUMMARY

An aspect of a wide research made through an observation of ten spontaneous groups of duties, the dynamic analysis of the psychological and social content is presented, for wich the individual and groupal characteristics of the described material are exposed. We also study the tanatic and erotic contents of the comunication in function of three levels: the groupal work, the groupal formation and its maintenance and the individual rols.

BIBLIOGRAFIA

1. ALMEIDA, V. M.: "El Alcoholismo como enfermedad". En primera conferencia nacional de alcoholismo. Lima 1957. — 2. ALONSO FERNANDEZ, F.: The phenomenological structura of the alcoholic.: Rev. Clinic. Esp. 86: 399-402, Sep. 62. — 3. ALONSO FERNANDEZ, F.: The personality of the alcoholic. Rev. Clinic. Esp. 88: 377-392, Mar. 63. — 4. BEAL, M. G.: Conducción y acción dinámica del grupo. Edit. Kapelusz, Buenos Aires, 1964. 5. BERNE, E.: Mecanismos de la Mente, Editora Fabril, Buenos Aires, 1960. — 6. BUZZO, A.: Toxicología. Ed. Aniceto López, 4a., Buenos Aires, 1958. — 7. COOPERSMITH, S.: Adaptive reactive of alcoholics and non alcoholics. Quart J. Stud. Alcohol 25: 262-78, Jun. 64. — 8. CHODORKOFF, B.: Acoholism and ego function. Quart J. Stud Alcohol 25: 292-9 Jun. 64. — 9. GERT, H. y WRIGTH, M.C.: Carácter y estructura social. Paidos, 1a ed. Buenos Aires 1963. — 10. HALLIDAY, J. L.: Medicina Psicosocial. Ed. Universitaria. Buenos Aires 1961. — 11. FREUD, S.: Psicología de las masas y análisis del yo. Biblioteca Nueva, Madrid. 1950. — 12. JERI, F. R.: La psicopatología del alcoholismo crónico. Alcoholismo social y alcoholismo crónico Rev. Viernes Médico, Nº 1 p. 45-59. Lima, 1954. — 13. PODOLSKY, E.: Enciclopedia de las aberraciones. Edit. Psique. Buenos Aires, 1959. — 14. RUMMEY, J. y MAIG, J.: Sociología, Paidos Vol. V. Buenos Aires, 1963. — 15. SPROTT, W. J. H.: Los Grupos Humanos Paidos. Buenos Aires, 1960

LA DINAMICA FAMILIAR EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA*

HILARIÓN TOVAR NARREA **

INTRODUCCION

Todo ser humano en los primeros años de su existencia recibe la influencia de su núcleo familiar, factor decisivo en la formación de su personalidad. La familia considerada como grupo natural primario, es constituída originariamente por los cónyuges que, al advenimiento de nuevos miembros les prodigarán su protección y apoyo, siendo responsables de su maduración y desarrollo. La actitud asumida por los progenitores frente al nuevo ser, amorosa o frustradora o ambas a la vez, determinará la constitución de ulteriores necesidades adecuadas o inadecuadas y su satisfacción producirá estabilidad o traumas irreparables que repercutirán no sólo en sí mismo, sino también serán nocivos para la sociedad [1]. Dentro de todo grupo familiar, existe una dinámica que está condicionada por los factores hereditarios, ambientales y culturales y, esencialmente, por las actitudes asumidas por sus miembros, la misma que determinará el desarrollo de su identidad y forjará "*su imago*", lo que creará la necesidad de realizarse. Para saber cuál es la "*imago*" que se ha formado el estudiante de medicina, es fundamental el conocimiento de su biografía y un aspecto de ella constituye la familia como estructura dinámica.

La estructura dinámica familiar está condicionada no sólo por el número de miembros, sino por la forma cómo desempeñan su rol, el padre o la madre pueden asumir la de líder democrático, autocrático y

---

* Trabajo leído en el IV Congreso Mundial de Psiquiatría, Madrid, 1966.

** Psicólogo Clínico del Departamento de Ciencias Psicológicas, Facultad de Medicina, UNMSM.

laissez-faire, lo que condicionará una peculiar forma de interrelación[2]. El hijo o la hija que asume el rol de estudiante, vivenciará en su situación grupal el amor que recibe o la frustración de sus necesidades afectivas; estudios sobre el particular han destacado posiciones extremas[3].

Se suele afirmar que la familia contemporánea especialmente en occidente, tiende a dejar al hijo en manos de la nodriza o la madre, según la clase social a que pertenezcan y el padre goza de autoridad teniendo numerosas prerrogativas, pero, paralelamente tiene mayores obligaciones como asegurar el sostenimiento del grupo familiar. Es, pues, fácil que se convierta en el ser omnipotente y sea él, quien dé término a las exigencias del pequeño, suscitando la hostilidad de éste.

Al iniciar el presente trabajo me planteé una serie de interrogantes que estaban dirigidas a determinar las relaciones interindividuales que acontecen dentro del grupo familiar, especialmente la actitud asumida frente al niño y si la dinámica así formada puede originar la necesidad de realizarse en médico. Además, quería saber cómo es tratado actualmente el hijo que desempeña el rol de estudiante de medicina y las variantes que dicha actitud conlleva.

MATERIAL Y METODO

En el 1er. Año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, se aplica a todo estudiante una batería de pruebas psicológicas, siendo ellas las Frases Incompletas, Figura de Machover, Mis Manos de Antopoff, el Dibujo Libre en colores y el Rorschach.

El instrumento utilizado en esta investigación está constituído por las Frases Incompletas, que forman parte de la bateria de pruebas anteriormente mencionadas y las que elaboré teniendo por base la anamnesis psicosomática, instrumento que no está aún standarizado.

La presente comunicación corresponde al estudio de los primeros Items de las frases incompletas que se refieren al aspecto familiar, incluídas dentro del conjunto de 60 frases de que consta el test.

Los 10 Items que se han estudiado son los que corresponden a:

1. La actiutd que asumieron sus familiares cuando era niño el estudiante en mención.

2. La permanencia o no al lado de su familia.
3. El deseo de volver a la etapa infantil.
4. Las impresiones que tuvo de niño.
5. La forma cómo se desenvolvió la madre frente a él y la actitud que tomaba.
6. La actitud del padre frente al estudiante.
7. La relación con sus hermanos.
8. La relación con los demás miembros de su familia.
9. El modelo de identificación y el yo ideal, y
10. La manera de comportarse de la famiila en el momento actual, cuando desempeña el rol de estudiante de medicina.

El objetivo que se persiguió al realizar la presente investigación, fue determinar la dinámica familiar, si ésta fue normal o no y en que medida en ambos casos; además, cómo el nuevo rol del estudiante de medicina modificaba esta dinámica familiar.

El método empleado en la aplicación de la prueba fue el colectivo, formando grupos mixtos de 20 alumnos por vez; el tiempo fue ilimitado. Los estudiantes estaban enterados de la aplicación de la prueba, para bajar las tensiones que pudieran derivarse, se les hizo comprender que formaban parte del curso de Psicología Médica.

Para el análisis de las respuestas se empleó el procedimiento del recuento de respuestas, tabulando de mayor a menor incidencia. Los resultados así obtenidos fueron sometidos a la interpretación dinámica, teniendo presente que las Frases Incompletas son pruebas proyectivas de personalidad.

El material humano elegido está constituído por 677 alumnos del 1er. Año de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos correspondiente a los años 62, 63, 64 y 65, cuyos datos familiares y características son los siguientes:

Del padre.

Viven actualmente el 90%; la edad fluctúa entre los 36 a los 79 años, alcanzando los comprendidos entre los 48 y 51 el mayor porcentaje (10.8%); los profesionales tienen la mayor incidencia (19.8%), hacemos notar, que sólo un 4% de ellos son médicos; siguiendo los empleados (14.0%), la última colocación la obtuvieron los obreros.

De la madre.

Viven actualmente (94.5%); la edad fluctúa de los 32 años hasta los 79, siendo de 48 a 51 años, la edad que alcanza el mayor porcentaje (14.0%); se dedican a los quehaceres de casa (50.0%).

De la familia.

El grupo familiar está constituído por lo general por 4 miembros padre, madre, dos hermanos, los que alcanzan mayor porcentaje (12.5%).

De los alumnos.

Edad.— La edad de los alumnos oscila entre los 17 y los 40 años, alcanzando la mayor incidencia entre los 17 y 20 años (53.4%). de 21 a 24 años les siguen (36.5%).

Sexo.— Son del femenino (17%) y del masculino (83%).

Constitución.— En su mayoría son leptósomos (46%) y atléticos (38%).

Procedencia.— Son del Departamento de Lima que comprende a la capital 50% y el resto de las demás provincias.

El análisis de las 6.770 respuestas, como ya hemos expuesto se realizó tabulando las mismas, de mayor a menor frecuencia, habiéndolas agrupado en forma bastante subjetiva en tres grandes grupos. Las que denominamos positivas, son aquellas que nos dicen del bienestar de los estudiantes de medicina, junto a una dinámica adecuada de la familia. La valoración negativa se dio a las respuestas que fueron desagradables o traumáticas para el estudiante y que han sido en desmedro de una dinámica familiar estable. Las neutras son aquellas que no se pueden interpretar como negativas o positivas, sino que, creemos más bien, repercuten en forma equilibrada dentro de la dinámica familiar.

Cuando hablamos de experiencias traumatizantes en la niñez, nos referimos a lo que el alumno ha vivenciado en su infancia (58.6%), existiendo una aparente contradicción cuando se habla de una adecuada actiud de los padres en un 77.1%, pues lo segundo es lo que acontece en la dinámica familiar, mientras que lo primero sucede sólo en la vida íntima del alumno.

RESULTADOS DE LAS FRASES

CUADRO Nº 1

Item:	"Cuando era niño mi familia......."	Nº de veces	Porcentaje	
±	me engreía, me mimó demasiado, no me permitió valerme por mi mismo	151	22.4%	
±	me mimaba más que ahora	34	5.0%	27.4%
+	se preocupaba por mí, me cuidaba mucho	124	18.4%	
+	siempre me quería, me trataba con cariño	86	12.9%	
+	me trataba igual que a los demás, bien	50	7.5%	
+	no vivía en la capital, vivía en mi pueblo eramos felices	22	3.3%	
+	me decía que debía estudiar si quería ser algo	16	2.3%	
+	me quería y me sigue queriendo	15	2.2%	
+	era numerosa	14	2.0%	
+	vivía muy felíz, era excelente	13	1.8%	
+	era menos numerosa	12	1.7%	
+	me llevaba al cine o a pasear	11	1.7%	
+	procuró darme lo que mejor podía	9	1.4%	
+	viajaba	8	1.2%	
+	estaba completa	4	0.5%	
+	la constituían mis abuelos y tíos	4	0.5%	
+	me llevaba a misa todos los Domingos	3	0.4%	57.8%
—	era pobre, estaba afligida por problemas económicos	26	3.9%	
—	no responde	15	2.2%	
—	no estuvo casi conmigo, no la recuerdo, no se llevaban bien	13	1.8%	
—	me mimaban y me castigaba a la vez	13	1.8%	
—	era estricta y severa conmigo	11	1.7%	
—	no pudo ocuparse del todo por mi	11	1.7%	
—	creía que no sería médico	8	1.2%	
—	era un desastre, peleaban mis padres	4	0.5%	14.8%
		667	100.0%	100.0%

La familia por lo general, como se puede apreciar en el cuadro anterior, mimó al niño prodigando excesivo cariño y fomentando la dependencia en 27.4% (±). La familia muestra una actitud inadecuada en 14.8% (—). El trato adecuado que dió la familia tiene una incidencia del 57.8% (+).

CUADRO Nº 2

	Item: "Siempre he vivido ...."	Nº de veces	Porcentaje	
±	al amparo de mis padres, con mi familia	268	40.0%	40.0%
+	sin mayores preocupaciones, contento tranquilo	129	19.5%	
+	preocupado por el futuro, tratando de superarme	108	1.7%	
+	en el mismo barrio	12	1.7%	
+	siempre he vivido en provincias	12	1.7%	
+	al lado de mi madre	10	1.5%	
+	pensando en ser un buen médico	8	1.2%	
+	soñando con ser otro, algo importante	7	1.0%	
+	junto a mi padre	6	0.8%	
+	con mis abuelos, mis padres adoptivos	5	0.7%	
+	tratando de satisfacer a mis padres	2	0.3%	
+	admirando el arte, especialmente la música	2	0.3%	44.7%
—	alejado del hogar, solo	34	5.0%	
—	acomplejado y triste, frustrado por mi incapacidad física	31	4.6%	
—	descontento de este mundo, angustiado	13	1.8%	
—	con dificultades económicas	12	1.7%	
—	preocupado por algunos problemas familiares	10	1.5%	
—	creo que holgazaneando un poco	5	0.7%	15.3%
		677	100.0%	100.0%

Los estudiantes en un mayor porcentaje han vivido con sus familiares 40% (±).

Las frases traducen también que existe un buen número de estudiantes, que han vivido en una situación emocional adecuada, 44.7% (+).

Otro grupo de alumnos, han transcurrido sus primeros años en constante zozobra, sintiendo ansiedad, angustia y sentimientos de inferioridad 15.3% (—).

CUADRO Nº 3

	Item: "Si pudiera volver a mi niñez....."	Nº de veces	Porcentaje	
+	sería como siempre ha sido	79	11.8%	
+	sería muy feliz	58	8.7%	
+	jugaría con los mismos amigos y gozaría más	43	6.5%	
+	me gustaría para no preocuparme	21	3.0%	
+	viviría ampliamente esta etapa	17	2.5%	
+	sería una satisfacción volverla a vivir	16	2.3%	
+	viviría al lado de mis padres	12	1.7%	
+	sería como un niño	6	0.8%	
+	volvería a mi pueblo	6	0.8%	38.1%
—	aprovecharía mejor el tiempo	121	18.0%	
—	rectificaría algunos de mis errores	72	10.6%	
—	estudiaría más en la edad escolar	56	8.5%	
—	no lo deseo, no me gustaría	42	6.4%	
—	haría una vida nueva	30	4.4%	
—	no sé, que haría, sería aburrida	28	4.0%	
—	no responde	14	2.0%	
—	amaría más a mi madre	13	1.8%	
—	sería ilógico	12	1.7%	
—	cultivaría algún arte, la música, el teatro, la pintura, etc.	10	1.5%	
—	aprendería deportes, iría al circo	9	1.4%	
—	no sería tan travieso como fui	9	0.8%	
—	no sería lo que soy	4	0.5%	
—	desearía curarme la enfermedad que padezco	2	0.3%	61.9%
		677	100.0%	100.0%

Manifiestan la mayoría de los estudiantes, que han perdido el tiempo en su niñez. Hacen conciencia de este hecho reconociendo no haberse preocupado por el futuro.

Muchos dicen haber cometido errores, otros piensan que su vida ha transcurrido en forma placentera, deseando volver a esa etapa.

Los valores positivos en cuanto a conformidad de su vida pasada alcanzan a un 38.1% (+) en cuanto a los negativos a un 61.9% (—).

CUADRO Nº 4

	Item: "La impresión que tuvo de niño ......"	Nº de veces	Porcentaje	
±	no la recuerdo	151	22.5%	
±	del mundo fue distinto a la realidad	75	11.0%	
±	ninguna	10	1.5%	35.1%
+	fue grata, buena, maravillosa	38	5.6%	
+	fue cuando ingresé al Colegio	23	3.6%	
+	fue la que me decidió a seguir la carrera de medicina	18	2.6%	
+	fue acerca de la Navidad; la primera comunión	14	2.0%	
+	fue la pobreza de mi familia, de serles útil en el futuro	12	1.7%	
+	fue la de ser algún día profesional	6	0.8%	16.3%
—	fue cuando me accidenté, me enfermé, casi me ahogo	59	8.8%	
—	fue desagradable; la de un terremoto; incendio	59	8.8%	
—	fue el fallecimiento de un familiar, padre, madre, etc.	46	6.8%	
—	siempre fue confusa, falsa, de soledad	41	6.2%	
—	cuando vi un accidente, un cadáver	38	5.6%	
—	fueron las discusiones de mis padres, cuando mi padre golpeó a mi madre	18	2.6%	
—	fue cuando vi realizar el acto sexual; una mujer desnuda	18	2.6%	
—	fue una injusticia	18	2.6%	
—	no responde	17	2.5%	
—	fue cuando mi padre, madre, familiar, se enfermó	6	0.8%	
—	fue perder a mi perro	4	0.5%	
—	no tener un hogar propio	3	0.4%	
—	fue cuando me pegó mi padre	3	0.4%	48.6%
		677	100.0%	100.0%

Experiencias desagradables, diríamos traumatizantes, fueron las que más impresionaron a los estudiantes en su niñez, 48.6% (—). Consideramos respuestas neutras "no recuerdo", "ninguna", "del mundo

fue distinta a la realidad", por la carencia de referencia afectiva 35.1% (±).

Las respuestas como: maravillosa, buena, grata, las que mejor les impresionaron de niños, las consideramos positivas, alcanzando un 16.3%(+).

CUADRO Nº 5

	Item: "Mi madre nunca me ...."	Nº de veces	Porcentaje	
+	abandonó	180	26.6%	
+	ha pegado	150	26.3%	
+	dejó de aconsejar	100	15.0%	
+	ha dejado de querer	51	7.6%	
+	trató mal sin causa justificada	20	3.0%	
+	ha defraudado	16	2.3%	
+	me regañó en vano, siempre me enseñó algo	7	1.0%	
+	dejó de querer a pesar de su actitud	6	0.8%	
+	me mintió en cuestiones sexuales	6	0.8%	
+	quiere dejar salir de su lado	4	0.5%	
+	consintió majaderías	4	0.5%	
+	dejó de decir siempre la verdad	4	0.5%	80.8%
—	quiso como yo deseaba	36	5.4%	
—	alienta en mis estudios	30	4.4%	
—	aconsejó sobre mis problemas	22	3.3%	
—	no responde	11	1,7%	
—	comprendió	11	1.7%	
—	pudo aconsejar por su ausencia, no la conocí	7	1.0%	
—	ayudó a seguir mi verdadera vocación	5	0.7%	
—	tuvo con ella, se separó de mi padre	4	0.5%	
—	dio cierta confianza para hacerla mi consejera	3	0.4%	19.1%
		677	100.0%	100.0%

Los estudiantes recibieron de sus madres protección, orientación, siendo la actitud asumida la más adecuada, estos valores alcanzaron 80.9% (+); contrastando con el abandono, falta de comprensión de otro grupo de madres, 19.1% (—).

CUADRO Nº 6

Item:	"Mi padre acostumbraba ...."	Nº de veces	Porcentaje	
+	llevarnos de paseo	106	15.5%	
+	aconsejarme	79	11.8%	
+	a preguntarme como iba en mis estudios	63	9.3%	
+	a responder a mis inagotables preguntas	55	8.2%	
+	a jugar con nosotros y traernos golosinas	41	6.2%	
+	a leer mucho, comprarme libros, contarme cuentos	33	4.9%	
+	a engreirme de niño	33	4.9%	
+	a preocuparse por nuestro futuro	33	4.9%	
+	a llegar puntual a su trabajo	27	3.9%	
+	a trabajar hasta tarde	23	3.6%	
+	a dejar que nos valiéramos por nosotros mismos	12	1.7%	
+	a escuchar buena música y llevarnos a los conciertos	4	0.5%	77.1%
+	a dejarme actuar de acuerdo a mi criterio	4	0.5%	77.1%
—	a beber y ser desconsiderado	33	4.9%	
—	a reprenderme, recriminarme y gritarme	33	4.9%	
—	a fumar en exceso	24	3.7%	
—	a viajar	17	2.5%	
—	no responde	16	2.3%	
—	nunca viví con él	9	1.4%	
—	venir a visitarme	7	1.0%	
—	no me acuerdo de él	5	0.7%	
—	a tratar mal a mi madre	4	0.5%	
—	no lo he conocido	4	0.5%	
—	a desconfiar de mi capacidad	4	0.5%	22.9%
		677	100.0%	100.0%

La actitud de los padres fue adecuada en 77.1%, (+) prodigando afecto y compressión, aconsejando y sirviendo de guías.

Los padres que han tenido una relación inadecuada con sus hijos alcanzan el 22.9% (—).

CUADRO Nº 7

	Item: "Mis hermanos y yo......"	Nº de veces	Porcentaje	
+	nos llevamos bien, nos queremos, somos unidos	334	49.3%	
+	somos buenos amigos, nos ayudamos	75	11.1%	
+	nos comprendemos y tratamos de superarnos	50	7.5%	
+	nos llevamos regularmente	26	3.9%	
+	queremos mucho a nuestros padres	11	1.7%	
+	hacemos cosas útiles, trabajamos siempre	8	1.2%	
+	todos estudiamos	7	1.0%	
+	hemos sufrido cuando niños	6	0.8%	
+	tenemos que ser grandes profesionales	3	0.4%	76.9%
—	no nos llevamos bien, nos peleamos a veces	60	9.0%	
—	no tengo hermanos	34	5.0%	
—	no nos conocemos	19	2.8%	
—	nos llevamos superficialmente	19	2.8%	
—	no responde	12	1.7%	
—	no concordamos en nuestras aspiraciones, tenemos divergencias	7	1.07%	
—	somos de carácter fuerte	3	0.4%	22.7%
±	sólo contamos con mi madre	3	0.4%	0.4%
		677	100.0%	100.0%

Los estudiantes tienen una relación adecuada con sus hermanos en un 76.9% (+); manifiestan que se llevan bien, se quieren y son unidos. La relación es inadecuada en 17.7% (—).

CUADRO Nº 8

	Item: "Algunos de mis familiares....."	Nº de veces	Porcentaje	
+	se preocupan por mí	117	17.5%	
+	son buenos	88	13.0%	
+	son profesionales	37	5.5%	
+	son pobres, humildes y buenos	20	3.0%	
+	destacan actualmente, son unos genios	18	2.6%	
+	son médicos, estudian medicina	17	2.5%	
+	son personas respetables	12	1.7%	
+	tienen mucha fe en mí	12	1.7%	
+	me sobrevaloran	6	0.8%	
+	son inteligentes	5	0.7%	
+	son admirables	5	0.7%	49.7%
—	no me caen bien	113	17.0%	
—	no debieran llamarse tales	81	12.0%	
—	viven lejos, están ausentes	59	8.7%	
—	no me quieren	22	3.3%	
—	no me comprenden	15	2.2%	
—	no los he conocido	14	2.0%	
—	no responde	13	1.8%	
—	han fallecido	13	1.8%	
—	son incomprensibles	5	0.7%	
—	tienen ideas arcaicas	3	0.4%	
—	me preocupan mucho	3	0.4%	50.3%
		677	100.0%	100.0%

Los familiares por lo general han influido en la mayoría de los estudiantes, positivamente 49.7% (+) y negativamente 50.3% (—).

CUADRO Nº 9

	Item: "Las personas a quienes he tratado de imitar......"	Nº de veces	Porcentaje	
+	son grandes personalidades, intelectuales, etc.	193	28.4%	
+	son a mis padres	122	18.0%	
+	es a un gran médico	41	6.2%	
+	son a mis profesores	37	5.5%	
+	siempre han sido dignas de ser imitadas	24	3.7%	
+	a mi hermano mayor	10	1.5%	
+	son seres históricos	9	1.4%	
+	son los clásicos, a los grandes músicos	8	1.2%	
+	son mis tíos	6	0.8%	
+	a los santos	5	0.7%	
+	a los grandes políticos	4	0.5%	67.9%
—	a nadie	134	19.8%	
—	me han defraudado	49	7.3%	
—	no responde	21	3.0%	
—	son los artistas de cine, teatro, radio, TV	14	2.0%	32.1%
		677	100.0%	100.0%

Se detecta que los estudiantes han escogido como modelo de identificación a personajes, predominando los intelectuales, y siguen en incidencia, sus padres, médicos, profesores, etc. todos los que alcanzan el 67.9% (+).

En un porcentaje menor 32.1% (%) están involucrados aquellos que no han tenido modelo de identificación o han escogido personajes de menor valía.

CUADRO Nº 10

Item:	"Mi familia me trata como...."	Nº de veces	Porcentaje	
+	a un miembro más de ella	183	27.0%	
+	a un buen hijo, cariñosamente	119	17.6%	
+	debe tratar a un muchacho de mi edad	59	8.8%	
+	a un persona responsable y respetable	44	6.6%	
+	a un hombre adulto	39	5.8%	
+	a un hijo ejemplar	31	4.6%	
+	a una persona capaz de sustituir a mi padre	20	3.0%	
+	a un futuro médico	11	1.7%	
+	si fuera ya un profesional	10	1.5%	
+	al mejor de sus hijos	9	1.4%	84.6%
—	no responde	7	1.0%	
—	a un perro	7	1.0%	
—	si no fuera responsable	6	0.8%	
—	a un extraño	6	0.8%	
—	sino fuera miembro de ella	5	0.7%	
—	a un pesimista	4	0.5%	
—	con mucho rigor	3	0.4%	
—	como debe ser, ahora; antes no	67	9.8%	9.8%
±	a un niño mimado	67	9.8%	9.8%
		677	100.0%	100.0%

El trato que recibe de parte de sus familiares el estudiante de medicina es afectuoso, pues como podemos apreciar es reconocido como un miembro más de ella, recibiendo cariño y protección. Se aprecia también que recibe trato especial, considerándose además, como capaz de sustituir al padre o es considerado como el hijo ejemplar y futuro médico, 84.6% (+). Todavía tratan de hacerlos dependientes en un 9.8% (—). La suma de las unidades neurotizantes alcanzan un 5.6% (±) valor muy exiguo para tomarlo en cuenta.

RESUMEN DE LOS RESULTADOS

1. Las progenitoras de los estudiantes de medicina, viven en un mayor porcentaje. Su edad actual oscila entre los 48 y 51 años como promedio. La familia de los estudiantes por lo general está formada por 4 miembros.

2. Las madres superan a los padres en comprenden de los hijos en un 3.8%, la diferencia no es significativa, mostrándonos que hay cierta correspondencia en el trato que recibe del padre y de la madre.

3. En cuanto a la profesión de los padres, los médicos solamente alcanzan a un 4%, mostrándonos que no es la imagen paterna la que condiciona la elección de la profesión médica.

4. En su mayor parte, los padres de los estudiantes de medicina, son profesionales, 19.0%, siguiendo en incidencia los empleados, los comerciantes o industriales y después los obreros.

5. La relación madre-hijo fue adecuada en un 80.9% y la del padre-hijo en un 77.1%.

6. La edad de los alumnos está comprendida entre los 17 a 40 años. Alcanzando una mayor frecuencia entre 17 a 20 años, (53.4%). El sexo masculino predomina en un 83% sobre el femenino que sólo alcanza un 17.0%.

7. De acuerdo a los datos recogidos, los familiares influyen tanto positiva como negativamente, en una proporción casi similar.

8. El mayor porcentaje han vivido con sus familiares sintiéndose seguros, no así el 15.3%, que han mostrado angustia, ansiedad y sentimiento de inferioridad.

9. Se aprecia que hay una relación entre dinámica familiar neurotizante (14.8%) y alumnos con rasgos neuróticos (15.3%).

10. Se comprueba que los estudiantes que tienen buena relación con sus hermanos (16.9%), tienen también con sus padres, casi en la misma medida (77.9%), notándose que la diferencia es mínima.

11. Los estudiantes han vivenciado situaciones stressantes en un 46.1% en su vida infantil.

12. La dinámica familiar adecuada (57.8%) predomina sobre la inadecuada (42.2%) en las familias de los estudiantes de medicina en su infancia, siendo la diferencia mínima contrastando con el trato adecuado del padre (77.1%) y la madre (80.9%), y hermanos (76.9%, mostrándonos que en la dinámica grupal los valores positivos de los componentes se pierden.

13. Los estudiantes no tienen como modelo de identificacion a un profesional médico ,haciéndolo sólo un 6.2%, mostrándonos que median otros factores para la elección de la profesión.

14. Los estudiantes en su mayor parte refieren haberse preocupado en su *infancia por el futuro*, habiendo según ellos desperdiciado el tiempo (61.9%).

15. Los hijos que asumen actualmente el rol de estudiantes de medicina son considerados por sus familiares como los mejores recibiendo por lo tanto un trato especial en un 84.6%.

16. El trato adecuado que reciben actualmente los estudiantes (84.6%) supera ampliamente el recibido en su infancia (57.8%). Mostrando un cambio sustancial de la dinámica familiar.

COMENTARIO

La familia que constituye la célula social de la cual forma parte el niño, proporciona lo esencialmente humano para que el nuevo miembro evolucione dentro del grupo internalizando la *imago* de los padres, pero, a su vez, realizándose con su personalidad propia. Las necesidades del niño estarán condicionadas por la dinámica familiar.

La familia en la infancia del estudiante de medicina, cuando éste solo se perfilaba como uno más de los tantos estudiantes, mediando sólo la posibilidad de ser un profesional, en el mejor de los casos, siendo quizás muy remota la de ser médico, en su mayoría (57.8%), prodigó "cariño" preocupándose por su "futuro", aconsejando la necesidad de "estudiar si quería ser algo", dándole materialmente lo "mejor que podía". La dinámica familiar fue la más adecuada, tratando de formar un yo estable y super-yo relativamente fuerte.

Por otra parte no faltaron padres que dieron excesivos "mimos" fomentando la dependencia no "permitiéndoles valerse por sí solos". Estos dieron muestras de su inadecuación y falta de buen manejo de la situación, pero constatamos que fueron pocos (7.4%).

Son numerosas las familias que muestran franca patología en su dinámica (14.8%), pues ellas fueron "estrictos y severos" no "llevándose bien". Como lo expresan textualmente "era un desastre"; "peleaban mis padres"; otros tratan de forjar sentimientos de inferioridad y minusvalía no dándoles aliento; estas familias neurotizantes crearon hijos neurotizados, estudiantes en quienes predominaba la preocupación por los "problemas familiares", tensiones que existen en el gru-

po, permanecían "acomplejados y tristes", "descontentos de este mundo" y "angustiados", viviendo muchas veces solos, según sus propias expresiones.

Pero es interesante saber que la mayoría de nuestros estudiantes han vivido con sus padres con la preocupación de un "futuro", la responsabilidad del mañana, como dicen "soñando con ser algo importante", "tratando de superarse", es eso algo creador del niño, no una respuesta reactiva a los estímulos verbales de inquietud y responsabilidad trasmitidos por los padres, es el amor paterno creador del amor filial y forjador del yo prospectivo.

Las perspectivas de los estudiantes de volver a su niñez, no ofrecen gran incentivo. Los pocos (38.1%) que lo desean, lo harían porque tienen recuerdos agradables de situaciones placenteras, donde su niñez ha transcurrido con alegría y le ha dejado gozo inusitado. Los más, aquellos que no están muy conformes de volver, pero que llegado el caso lo harían, experimentan sentimiento de culpa y sólo regresarían con el afán de reparar. Así dicen: "amaría más a mi madre", "haría una vida nueva", "rectificaría alguno de mis errores". La mayor incidencia la alcanzan aquellos que piensan no haberse dedicado al estudio como debería ser y no haber "aprovechado el tiempo" como sería el caso.

Las situaciones stressantes vividas por el niño son las que predominan en el grupo estudiado, (46.1%) donde las experiencias infantiles desagradables han dejado hondas huellas siendo por lo general hechos que han acontecido fuera del grupo familiar, como el presenciar un "incendio", "el terremoto que sacudió Lima" (se refieren al del año 1940), "un incidente automovilístico", el percance acontecido cuando se bañaba, casi se "ahogan", etc.; mostrándonos que estos hechos son los que con más frecuencia conmoviera a los estudiantes en su infancia (29.4%); pero también se registran hechos que acontecen dentro de la familia, mostrándonos la mala relación de los progenitores entre sí y con el niño propio, así expresan que lo que más les impresionó fueron "las discusiones de los padres", "cuando mi padre golpeó a mi madre", "cuando me pegó mi padre". Esto nos muestra la forma cómo se genera la dinámica familiar inadecuada (9.8%). También hay acontecimientos que se suceden dentro de ella por causas fortuitas que tratan de desorganizar la familia, rompiendo la homeostasis de la dinámica familiar como, "cuando el padre y la madre se enfermaron" o "fallecieron"; al niño también lo conmovió la "muerte o pérdi-

da de su perro", que forma parte importante de su vida infantil (4.3%). En el orden sexual hay también situaciones que el infante vivencia como traumatizantes, especialmente el presenciar las relaciones sexuales (2.6%).

Otro grupo de estudiantes utiliza el mecanismo de negación al plantearse las frases que hacen revivir su infancia, así dicen: "no la recuerdo", "ninguna"; las referencias afectivas por lo menos son negadas conscientemente (20.8%). Un buen número de estudiantes (33.15) tiene recuerdos placenteros de su vida infantil, los adjetivos como "buena", "maravillosa"; tamizan el fondo íntimo de su yo, mostrándonos que lo que más impresionó a su vida afectiva como agradable "es la primera comunión", "cuando ingrese al colegio", la "celebración de la Navidad", "el haberse decidido a estudiar la carrera médica", "la esperanza de ser profesional" y ser "un miembro útil a su familia".

El clima emocional y la dinámica familiar se organiza en torno a las relaciones madre-padre; madre-hijo o ambos padres con el hijo, también influye la relación con sus hermanos y demás familiares.

La madre, es el primer ser humano con quién tiene contacto el niño, se realiza como tal a través de la prole y a su vez socializa al niño y éste se va percatando la forma como muestra su afecto o le niega. Las madres de los estudiantes prodigaron en su infancia "cariño", "aconsejándole" en todo momento no habiéndolos "defraudado", diciéndoles la "verdad", habiéndoles castigado "justamente" siempre dejándoles una enseñanza, les hablaron con franqueza vivenciando afecto aunque mediaran ciertas actitudes inusuales (80.9%). Por el contrario hubieron madres (19.1%) que no comprendieron a los estudiantes, habiéndolos abandonado muchas veces, no dando "confianza" que les permitiera hacerlas su "consejera", sin dar "aliento en sus estudios"; forjando en ellos la imagen de la madre mala, que depriva oralmente.

Los padres superan a las madres (22.9%) en crear la imagen del padre malo, castrador, "gritando", "recriminando", creando sentimiento de inseguridad en sus hijos, desconfiando de "su capacidad", creando un clima emocional nocivo dentro de la familia, tratando mal a la madre, teniendo necesidades orales no resueltas, recurriendo a la bebida y al tabaco en exceso, pero los más (77.1%) son padres afectuosos pero firmes, quienes "aconsejan" frecuentemente y están al tanto de sus "estudios"; respondiendo a las innumerables preguntas que les formularan, conectando con la macro sociedad y mostrándoles el panorama del "futuro", dejando que se valieran por sí mismos, fomentan-

do la independencia, contrastando con la actitud de las madres que tratron de "mimar" al niño. Los padres dieron sanos ejemplos, como "leer", "comprar libros" y "escuchar música", "llegar puntual al trabajo", "trabajar hasta tarde"; jugar y reir con los hijos, mostrándoles un mañana promisor.

Los hermanos, otro elemento de la estructura familiar con quién el estudiante en su infancia ha tenido que alternar, han determinado también un peculiar comportamiento de éste frente a ellos, pudiéndose apreciar que predominan los adecuados (16.9%), la comprensión la ayuda mutua, para beneficio de los mismos como de sus padres, habrían pasado también penurias pero compartiéndolas. Por el contrario existen tensiones entre los hermanos, falta de "comprensión", se "pelean continuamente" (17.7%), y no tienen problema de relación por ser hijos únicos el 5%.

Los familiares que siguen teniendo influencia en el micro-grupo y forman un anillo en torno a él, sirven muchas veces con el cordón umbilical que une con el macro-grupo, mensajero de las presiones positivas o negativas de la Sociedad, la que se altera de lo que acontece en el grupo por expresiones ajenas a los mismos, influye en los estudiantes, en unos positivamente (49.7%) y expresan de ellos que son "buenos" que "se preocupan por ello", son "profesionales", personas "respetables"; a su vez consideran a los estudiantes como a personas que se deben "admirar", que son "inteligentes" y poniendo muchas esperanzas en que culminen la carrera que se han impuesto alcanzar; las relaciones negativas (50.3%), alcanzan casi el mismo porcentaje, destacando aquello de que "no les caen bien", que no quieren al estudiante, no lo "comprenden", teniendo ideas arcaicas; estas presiones que son sentidas como peligrosas por el estudiante, han condicionado que se integren más, como defensa al ataque exterior, haciendo que la dinámica familiar sea adecuada en una incidencia mayor, que las buenas y malas relaciones mantenidas con los familiares.

Los estudiantes por lo general eligen como modelo de identificación a personajes que muestran capacidad intelectual, las relaciones paradigmáticas son mantenidas con seres que no forman parte de la familia 28.4%. Teniendo como modelo a sus padres (18.0%); toman como modelo a médicos un 6.2% de los cuales son padres del estudiante de medicina 4.0%, lo que nos muestra que no es la imagen de un profesional médico el que condiciona la elección de la profesión médica, más bien, es la posición de alcanzar un elevado status, inter-

pretando la expresión genérica como la de "ser un gran personaje". Los profesores sirvieron de modelo en 5.5% no faltaron quienes trataron de imitar a los hermanos, tíos, santos y políticos. Pocos son los que no han tenido modelo de identificación, pero se han realizado en estudiantes de medicina.

La sociedad peruana, moldea tipos de familia y estas tienen hijos que el trato general que se da a los estudiantes no es el más óptimo, a los que trata con las pautas culturales asimiladas, así hemos visto llegando hasta ser algo neurotizados hasta el 14.8%, generando hijos con marcados rasgos neuróticos en un 15.8%. Pero este peculiar comportamiento de los padres, genera una dinámica familiar inadecuada, donde los valores individuales se pierden, siendo superada cuando el tiembro estudiante asume el rol de estudiante de medicina. Es así que enfatiza en la consideración que se merecen como "un miembro más de la familia"; es "el hijo bueno" al que se le trata "cariñosamente" y se le mira como a una persona "responsable" y "respetable", en donde los familiares ponen "grandes esperanzas" en su realización; muchas veces consideran que pueden sustituir al padre, como un rezago inconsciente del complejo Edipo; los familiares los tratan ya como médicos pese a que recién están en 1er. Año, estas expresiones alcanzan un valor cuantitativo de 84.6%, que supera ampliamente al trato recibido en su infancia de 57.8%.

Los valores de la relación interindividual con el miembro estudiante del padre, madre y hermanos, se actualizan no perdiéndose en la dinámica familiar, con lo que se demuestra que basta un estímulo promisor para que se dé con plenitud lo positivo de los seres; pero es de hacer notar que, las familias neurotizantes siguen ejerciendo la misma presión, tratando de hacerlos dependientes (9.8%) y francamente neurotizante en 5.6%, que es similar a la dinámica familiar en su infancia y expresan que suelen ser tratados actualmente como "si no fueran responsables", "a un extraño", "a un pesimista", "con mucho rigor", "como a un perro". Todo lo que nos induce a pensar que entre otros factores el origen de rasgos neuróticos de los pocos estudiantes de medicina que los presentan, 15.8%, son generados por los padres que condicionan una dinámica familiar neurotizante.

Pero es fundamental puntualizar que, el estudiante como miembro de la familia, al ejercer el "nuevo rol de estudiantes de medicina" en un centro de estudios de prestigio ocasiona un cambio esencial en las

relaciones interindividuales haciendo que la familia se integre logrando de esa manera mejorar la dinámica familiar.

CONCLUSIONES

1. Se establece que la dinámica familiar adecuada predomina sobe la inadecuarda en las familias de los estudiantes de medicina.
2. Existe relación entre dinámica familiar neurotizante y alumnos con rasgos neuróticos.
3. Los progenitores en su mayor parte son profesionales, vienen después los empleados y obreros.
4. Los estudiantes tienen como modelo de identificación a grandes intelectuales, habiéndose tomado al médico en un porcentaje muy menor.
5. El hecho de convertirse en alumno de la Facultad de Medicina, ha determinado un trato especial, mejorando ampliamente el recibido en su infancia y produciéndose un cambio sustancial en la dinámica familiar.

RESUMEN

La presente investigación fue realizada, en base a las respuestas que dieran 677 estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima, a los 10 Items que corresponden al efecto familiar de las Frases Incompletas elaboradas en el Departamento de Ciencias Psicológicas.

Los resultados nos ofrecen una dinámica familiar bastante estable en los estudiantes de medicina. Hemos podido comprobar que, en su mayoría han recibido afecto, protección y un adecuado trato por parte de sus padres, hermanos y demás miembros, existiendo un porcentaje menor de familias donde la dinámica fue inadecuada, mejorando ésta al ser considerados como futuros médicos.

De lo investigado se llega, entre otras conclusiones a que la mayor parte de los padres son profesionales; la imagen paterna no condiciona la elección de la profesión; existe relación entre dinámica familiar neurotizante y alumnos con rasgos neuróticos, detectados en un porcentaje menor.

SUMMARY

The present investigation was carried out on basis of the answers given by 677 students of the Faculty of Medicine of the Universidad Nacional Mayor de San Marcos of Lima, to the 10 Items complising the familiar aspects of the Incomplete Phrases elaborated by the Psychological Science Departmant.

The results offered us a fairly stable familiar dynamic of the medicine students. We have been able to verify that the majority has received affection, prospection and a proper treatment from their parents, brothers and other members, being a lower percentage of families where the dynamic was improper, improving this when they were considered as future physicians.

By the investigation it is arrived, among many other conclusions that: a larger part of the parents are professionals; the paternal imagen does not conditions the election of the profession; there is a relation between the neurotized familiar dynamic and the students with neurotic trait, detected in a lower percentage.

BIBLIOGRAFIA

1. ACKERMAN, NATHAN. "Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares". Ed. Horme, Bs. As., 1961. — 2. FLUGEL, J. C. "Psicoanálisis de la Familia". Ed. Paidos; Buenos Aires, 1961. — 3. ABERASTURY, ARMINDA. "Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños" Edit. Paidos, Buenos Aires, 1962.

ASPECTO PSICOLOGICO DE LA PLANIFICACION FAMILIAR *

OSCAR VALDIVIA PONCE **

Para ocuparnos del problema de la "regulación de la natalidad" y más aún de la llamada "planificación familiar" es necesario conocer los factores psicológicos básicos que intervienen en la constitución de la familia como en su desarrollo, interacción psicodinmica y homeostasis. Es indiscutible que la estructura y psicodinámica familiar varían de cultura a cultura como pueden variar, dentro de la misma cultura, en los diferentes niveles socio-económicos; así acontece que el "status" y "rol" de cada uno de sus miembros, la interacción y la responsabilidad de los mismos no es igual en una familia de alto nivel socio-económico que en una de bajo nivel. Por tales consideraciones es importante al hablar de "planificación familiar" o de "regulación de la natalidad" precisar previamente a quienes nos referimos. ¿Vamos a regular la natalidad en general en el Perú?, ¿vamos a planificar la familia en algunos sectores de mayor fertilidad en el país?, ¿es en estos sectores en los que se pretende actuar? o ¿es que estamos considerando el problema en forma teórica y especulativa?; sea como fuere y cualquiera que sea el grupo humano de nuestro interés, para esta intención, tendremos que considerarlo en función de la familia y en función de la cultura.

Es evidente que en el momento actual de nuestra era se percibe una angustia vital de supervivencia y como una paradoja de esta angustia se piensa en la limitación de la reproducción para que la especie pueda supervivir. Se señala con temor los altos índices de fertili-

---

* Trabajo presentado al "Simposio sobre Regulación de la Fertilidad Humana" en el Hospital Obrero de Lima, Enero 1966.

** Profesor Principal, Jefe del Dpto. de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la U. N. M. S. M.

dad y se habla de explosión demográfica y de sus graves consecuencias, sin analizar científicamente el fenómeno. En lo que se refiere al Perú son los demógrafos y sociólogos los que tienen que precisar el fenómeno en sus características y localizarlo no sólo territorialmente, sino sociológicamente en los estratos que se da.

Localizado el fenómeno convendría analizar sistemáticamente, los factores que lo precipitan para así estructurar un plan razonado y científico de solución. No se puede hablar teóricamente y en forma difusa del problema, prejuzgado, infiriendo y suponiendo las causas; ni menos se puede programar soluciones sin conocer la realidad.

Somos importadores de conocimiento y técnica como somos importadores de la moda; y en este contínuo importar tratamos de trasplantar fórmulas y esquemas de otras latitudes. Hablamos así con frecuencia, de control, regulación y planificación familiar; y para resolver este problema demogenético, en el Perú, estamos listos a regular o planificar la familia sin saber primero si la familia existe en todos los sectores de la población y sin conocer tampoco las clases de familia. Hay, sectores de la población, en donde el nivel de fertilidad es alto y sin embargo la familia no existe y por lo tanto nuestros esquemas de planificación importada serían ineficientes. En estos sectores de la población las familias nucleares normales están en minoría, siendo las familias incompletas o desmembradas las que predominan. Los hijos ilegítimos y las madres solteras son casi la norma de nuestros suburbios. En estos casos, el elemento macho de la pareja no es más que un simple reproductor, en el que su único aporte no es más que el seminal, además de su propia satisfacción. Esta realidad con la ignorancia, promiscuidad, hacimiento y enfermedades constituyen la "cultura de la pobreza". Es importante dar una mirada a nuestras estadísticas y especialmente a las de la gran Lima (2) para encontrar que los índices de fertilidad y de hijos ilegítimos aumentan a medida que descendemos en los estratos socio-económicos. Por ello debemos preocuparnos por que la familia exista sobre los cimientos básicos, en los cuales debe estructurarse. El sentimiento fundamental para que la familia se estructure, organice, exista, germine y subsista es el afectivo y si éste falla la unidad del grupo familiar sucumbe.

Este sentimiento afectivo no es más que el amor, él que, en su plenitud y constancia, está en relación directa con el grado de madurez emocional de sus miembros y la madurez no es más que la resultante de un proceso de adaptación adecuada del hombre con su medio y

cultura. El hombre se adapta y cumple con las exigencias sociales, resolviendo los problemas básicos que representa el existir de acuerdo a la norma de la cultura.

La familia tiene su origen en la diada o pareja que se une por el sentimiento del amor. Según De Lestapio (1): "La familia es, en su esencia, el diálogo más íntimo entre dos personas .... Por cierto hay otras formas de diálogo .... Pero ninguna de esas relaciones ninguno de esos diálogos constituye la persona en su integridad existencial como lo hace el diálogo hombre-mujer. Ninguno participa la realidad ontológica en la misma medida que ese diálogo hombre-mujer puesto que ninguno tiene la fecundidad necesaria para realizar la pareja en una tercera persona". Como se desprende, ese diálogo del amor conlleva atracción en todos sus niveles, no sólo erótico o sexual sino efectivo espiritual; pero amar con ese sentimiento maduro de apertura y plenitud no es fácil; el amor en su consistencia, intensidad, amplitud y constancia está en función directa de quien lo brinda, y quien lo brinda, con toda su capacidad, debe haber resulelto la problematica de la existencia, en toda su amplitud y con todas las exigencias que la sociedad y la cultura le imponen o como diría Adler, haber resuelto la problemática del "Yo" y el "Tu", del "Yo" y el "Tiempo" y del "Yo" y el "Sexo".

Con estas meditaciones caemos nuevamente en lo que la pareja debe ser en su "ser" y en su relación del "uno" con el "otro", para constituír el "nosotros", y en su relación con el "mundo" en sus obligaciones y deberes; y en este sentido se puede decir que se es sobre la base de lo que uno fue; y lo que uno fue para ser lo que somos, no esmás que una resultante del producto de una familia.

El hombre nace como ser animal cargado de posibilidades humanas y se hace como ser racional en ese mundo familiar. El hombre al nacer es virgen en cuanto a experiencia con el mundo; pero viene preñado de posibilidades, y así, podrá confiar, amar u odiar en cuanto se le confie, se le ame o se le odie. El proceso de su crecimiento, acondicionamiento y maduración biológica y emocional depende de la contextura, madurez, comprensión y capacidad de amar de la diada o pareja que lo trae al mundo.

Los padres hacen tanto bien como daño pueden hacer; depende lo uno y lo otro de su grado de madurez o inmadurez que se refleja en la falta de habilidad, aguante y capacidad para sortear los embates de la lucha por la vida en esta realidad; y al decir realidad entra-

mos en otro problema interesante y este es el de la realidad en que vivimos. Al hablar de ella hay que distinguir la realidad "en sí", de este mundo con su cultura que formamos y vivimos, y la otra que es la realidad "para mí" y que es la misma pero con la distorción paratáxica del aparato o lente senso pático de mi personalidad; y aquí surge el problema de vivir en este mundo, puesto que vivir será más difícil mientras más lejana esté la realidad "para mí" de la realidad "en sí".

Otro problema, a considerar, para comprender la familia y seguir adelante, con la intención de este simposio, es el hecho que el hombre se aparta cada vez más de su naturaleza biológica para seguir el camino fascinante de la civilización y la técnica, camino fascinante pero peligroso que lo acerca a los umbrales de su propia destrucción. Ya los sabios lo perciben, al contemplar, con angustia, los avances de la ciencia y presienten la destrucción de la humanidad, por que el hombre no ha evolucionado, en su madurez emocional, para poder "controlar" estos avances.

La familia célula fértil de la sociedad y cultura hace su presente y prepara su futuro en los pilares de la pareja, lo que ella es y lo que puede ser está en función de lo que los dos son y han sido. Convivir no es tan fácil como vivir, convivir es vivir con el otro dentro de sí; es como sincronizar dos existencia para que funcionen como una unidad integrada que se identifica con los mismos fines; ello implica tolerancia y capacidad para vivir en función del otro. Para ello se requiere la identificación de cada "partner" con su propio sexo, después la identificación con su "rol" de esposo o esposa y por último la identificación con su función de madre o padre. La real identificación con cada "rol" está en función directa con la llamada madurez emocional. Hay mujeres y hombres que no son mujeres ni hombres en el sentido estricto de madurez, sino niñas o niños grandes que luchan por no seguir el proceso de madurez biológica; mujeres y hombres que a pesar de la circunstancia de convivir en situación de marido y mujer no aceptan su "estatus" y terminan destruyéndolo a través del divorcio o abandono del hogar.

Convivir es vivir con amor y en amor en un mar de dificultades y esta fuerza del amor debe estar simpre en balance positivo por que sino, las dificultades de la vida pueden trocar el amor en odio y el odio destruir la unidad. Es obvio que en esta "cultura de la pobreza" que circunda Lima y la mayoría de los pueblos del Perú se exhibe una psicología y psicopatología muy característica; donde se percibe una

lucha constante entre el hombre y la mujer; o el padre se apodera del hogar e impone su dictadura patriarcal en la familia considerándola como su propiedad o lo abandona dejando la familia desmembrada, en donde una madre angustiada o deprimida tendrá, sola, que cargar todo el peso del hogar. Esta madre frustrada por la miseria y el amor no podrá dar el cariño que requieren los hijos para su adecuada formación; el resentimiento y la hostilidad reprimida de la madre hacia el marido se desplazará, por semejanza y otras razones, a los hijos varones. Estos hijos reprimiran la agresión, que incita las actitudes de madre; pero esta agresión y resentimiento saldrá, más tarde, en la adolescencia y adultez contra la mujer que cree que ama.

La canción criolla (5) y otras manifestaciones del folklore y la cultura traducen, claramente, esta ambivalencia del *hombre a la mujer*, que es más rica, por cierto, en esta "cultura de la pobreza".

Desde hace un tiempo estamos preocupados por una serie de *factores psicosociales* que inciden sobre la familia, en las diversas clases sociales. Entre ellos destacan: los étnicos, las migraciones internas, con sus problemas de desadaptación, la pobreza, las enfermedades, el analfabetismo, la ignorancia y otros que determinan la inestabilidad de la familia.

El estudio de la viscisitudes de la vida marital del hombre y la mujer, en las clases socioeconómicas de bajo nivel, demuestran una inestabilidad constante y dramática en la familia y como consecuencia, de esta inestabilidad, la mujer lleva la peor parte. No es raro encontrar, en este masoquismo cultural de la mujer y agresión del hombre, el hogar de tipo matriarcal incompleto y repleto de hijos de diversos hombres, que no son padres sino simplemente fecundadores sin responsabilidad, que van por el mundo sembrando hijos. En esta realidad la planificación familiar está demás, no se puede planificar donde los hijos vienen por mero accidente y donde el esposo es un simple transeunte.

La planificación estará indicada en familias completas donde los padres, unidos por el sentimiento del amor, proveen el sustento y necesidades de la familia ;aquí donde los padres son conscientes de su "rol" y responsabilidad, se podría planificar el número de los hijos de acuerdo a su capacidad económica, psicológica y afectiva.

Otro aspecto psicológico importante a considerar en la "regulación de la natalidad", es el concerniente a la actitud psicológica de la pareja frente a los métodos, procedimientos y dispositivos que se usan

para evitar la fecundación. Esta actitud psicológica es la resultante de una serie de ideas, conceptos y temores populares que existen ante estos procedimientos. No es infrecuente escuchar, de los pacientes, una serie de informes en los que se atribuyen las enfermedades ginecológicas a estos dispositivos anticonceptivos. Los estudios de Medicina Popular Peruana realizada por varios autores (4) y por nosotros (3) son elocuentes en este sentido. Además, es necesario recordar que muchos de estos dispositivos colocados a nivel vaginal o uterino pueden desencadenar reacciones neuróticas en mujeres predispuestas; como también puede suceder que, mujeres neuróticas quieran usar estos anticonceptivos por razones fóbicas hacia la concepción. No es raro tampoco que personalidades anormales pretendan su uso por factores psicopáticos; en fin su uso y su abuso depende de factores, que es importante valorar cuando se pretenda indicar el control de la natalidad o la planificación familiar.

Para terminar esta larga exposición creo pertinente establecer las siguientes conclusiones:

1.— Que la planificación familiar es un método de regulación de la natalidad demasiado complejo.

2.— En la planificación familiar se deben considerar los factores sicológicos tanto en la estructura y dinámica familiar, como en la actitud de la pareja frente a los métodos y dispositivos anticonceptivos.

3.— Es importante, también, en la planificación familiar la consideración de los factores socio-económicos y culturales.

RESUMEN

En el presente trabajo se hace un análisis de los factores psicológicos que intervienen en la planificación familiar, destacando a la vez otros de órden económico, social y cultural.

SUMMARY

In this Paper we make an analysis of the psychological factors, that should be considered in "Family planning"; besides we mention other factors, such are: economic, social and cultural.

BIBLIOGRAFIA

1. DE LESTAPIS, STANISLAS. "Evolución de la Familia y su Destino en el mundo Moderno". Universidad Católica de Chile, Chile, 1962. — 2. PAZ SOLDAN, C. E. "Lima y sus suburbios". Universidad de San Marcos. Biblioteca de Cultura Sanitaria, Lima, 1957. — 3. VALDIVIA PONCE, O. y ZAPATA, S. "Concepciones sobre Medicina Popular en Pacientes Neuróticos". Psiquiatría y Sociedad. Edit. Universidad de San Marcos, Lima, 1962. — 4. VALDIZAN, H. y MALDONADO, A. "La Medicina Popular", Lima, 1962. — 5. ZAPATA, S. e IZAGUIRRE, E. "El Vals Peruano y su Dinámica Psico-Social. Estudio Preliminar". Rev. Cuerpo Médico. Vol. III, Nº 3, 1964. Lima.

¿QUE ES LA REHABILITACION? *

HUMBERTO ROTONDO**

1. *El Concepto de rehabilitación en los desórdenes psiquiátricos*

a) Entendiendo por Psiquiatría preventiva el conjunto de conocimientos teórico-prácticos utilizables para reducir la incidencia, o sea la aparición de nuevos casos en un determinado tiempo de toda clase de trastornos psiquiátricos (Prevención Primaria, acortar la duración de aquellos que hubieran aparecido con la consiguiente disminución de la prevalencia de casos activos (Prevención Secundaria) la rehabilitación resulta el medio indicado para disminuir la prevalencia de la limitación en productividad y vida de relación, resultante o asociada a dichos trastornos. (Prevención Terciaria).

Al hablar de la prevención terciaria nos referimos a todas las acciones o intervenciones anticipadas, sobre la base del conocimiento de la historia natural de las enfermedades o desórdenes psiquiátricos, con el fin de evitar la incapacidad o en todo caso atenuarla hasta donde es posible. Como se sabe un buen número de desórdenes psiquiátricos tienen un curso crónico, p. ej. los desórdenes esquizofrénicos, casos con sindrome cerebral crónico etc. y suelen acompañarse de una mengua, mayor o menor, de la eficiencia en el trabajo y de las habilidades sociales. En el periodo agudo de esos transtornos los síntomas son un evidente factor de interferencia, pero aún tratados convenientemente queda un residuo de incapacidad funcional que puede ser una limitación o anulación para una vida responsable y productiva.

b) Esta limitación suele estar en relación o condicionada por el trastorno mismo que lleva a una desorganización o desintegración fun-

---

* **Documento elaborado para el 1er. Seminario sobre Rehabilitación 29-30 Octubre 1966 Lima (Huampaní) Perú.**

** **Profesor Principal de Psiquiatría de la Fac. de Medicina U.N.M.S.M.**

cional y a una desocialización, mayor o menor, que hace difícil o impide el adecuado desempeño de los papeles que se espera de acuerdo a la posición o "status" del paciente en su medio.

c) Considerando los casos individuales la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos podría definirse como una restauración mayor o menor para un desempeño, más o menos efectivo, de sus papeles ocupacionales, sociales y familiares conforme a su posición o "status".

d) Las limitaciones de los pacientes psiquiátricos están, además, condicionadas por las espectativas de las personas significativas de su medio familiar y de la comunidad que a través de actitudes negativas impiden el ejercicio o la movilización de las capacidades o aptitudes remanentes o residuales. Entre nosotros: la sobrevaloración del descanso como un medio terapeútico, temores exagerados o infundados acerca de su peligrosidad, acentúan la limitación que pudiera haber en los pacientes crónicos y representan un serio problema para la comunidad y los mismos pacientes que retornan a ella después de haber sido tratados y mejorados en cuanto a los síntomas agudos de su trastorno.

e) Precisa así considerar, para los efectos de la rehabilitación una incapacidad intrínseca, por supuesto íntimamente vinculadas.

2. *La noción de incapacidad funcional en los desórdenes psiquiátricos.*

a) La incapacidad representa el grado en que la capacidad total funcional del individuo ha sido afectada por el desorden psiquiátrico y su situación. Cuando se hace la respectiva evaluación se parte de una consideración de la eficacia previa al trastorno para llegar a aquella presente. Según los casos, de acuerdo a la naturaleza del trastorno, la limitación puede ser permanente o temporal, modificable total o parcialmente. En sentido estricto una vez pasada la fase aguda y al término de un tratamiento tenemos lo que se denomina la incapacidad residual o remanente, por supuesto modificable a través de las intervenciones rehabilitatorias.

El grado de incapacidad se refiere exclusivamente a la inefectividad actual del comportamiento no relacionada a las limitaciones condicionadas directamente por los síntomas activos del trastorno o en-

fermedad. Esta incapacidad, mayor o menor, ha de evaluarse obviamente en las tres áreas básicas de adaptación: 1) trabajo; 2) vida social; y 3) vida de familia. Teniendo en cuenta esas tres áreas pueden formularse juicios en relación al grado de incapacidad. Así, de una manera impresionística se puede calificar según el caso como: 1) ausente; 2) con incapacidad mínima; 3) moderada y 4) marcada. La limitación mínima se refiere a una pequeña limitación en la habilidad del paciente para llevar a cabo sus labores; esta limitación en el trabajo puede o no asociarse a igual disminución de la efectividad para la vida social y la vida en familia. La limitación moderada es el grado residual de incapacidad que en forma seria, pero no total, interfiere con la habilidad del paciente para llevar a cabo sus labores cotidianas; aquí también debemos tener en cuenta lo que ocurre a la efectividad del comportamiento para la vida de relación y de familia. El término de limitación marcada se emplea para indicar el grado residual de incapacidad que impide totalmente al paciente funcionar satisfactoriamente en sus labores cotidianas; aquí también precisa registrar el grado de efectividad del comportamiento para la vida social y de familia.

Con el objeto de una evaluación más objetiva y sistemática del comportamiento se pueden emplear las escalas objetivas del comportamiento, entre estas tienen gran validez las de Fergus-Fall, Barrabee-Hyde y la de Venables; su empleo combinado permite una mejor evaluación de los rendimientos en las diversas aéreas de adaptación.

b) En muchos de nuestros pacientes sin una educación elemental o con una instrucción elemental incompleta, una historia ocupacional que no pasa del nivel de la actividad o trabajo no calificado y con antecedenes de sub-empleo en el medio urbano, estamos frente a un nivel general previo bajo de hábitos y habilidades sociales y ocupacionales.

c) En estos casos al lado de restaurar habilidades se advierte la conveniencia de favorecer el aprendizaje de nuevas habilidades a través de un programa de educación básica preliminar. Es decir la rehabilitación ha de acompañarse de lo que pudiera denominarse habilitación fundamental que obviamente tiene una definida acción integradora.

3. *El problema de la incapacidad en los pacientes tratados ambulatoriamente y en medio hospitalario.*

a) La creciente tendencia a tratar pacientes en consulta externa, directamente o después de breves estancias hospitalarias, debe considerarse en todas sus implicaciones desde el punto de vista del problema de la incapacidad funcional. La reducción o remoción de síntomas: angustia, agresividad, depresión, etc., no va seguido de mayores problemas en aquellos casos cuyo trastorno remite, es periódico o se compensa. Al lado de estos tenemos una población numerosa, cuya prevalencia merecería determinarse, que si bien no tiene síntomas peligrosos para sí a los demás llevar una vida muy limitada en el medio familiar y no puede ganarse su vida o contribuir al presupuesto hogareño.

b) Sin estar ejercitados y preparados para el desempeño de papeles significativos en el hogar y la comunidad, no llevan a cabo, generalmente, actividades complementarias con respecto a las de los demás.

c) Como se comprende el cuidado en la comunidad resulta incompleta si no se provee de los medios para restaurar la capacidad productiva y social, en la misma comunidad, de esos pacientes con síntomas atenuados, o ex-pacientes limitados.

d) Aquellos pacientes que pudieron ser hospitalizados están expuestos a riesgos similares si en el medio hospitalario no hallan las condiciones favorables para su reinserción productiva y social en la misma comunidad.

e) Las estancias prolongadas en el medio hospitalario pueden favorecer la "instalación" del paciente en condiciones de protección y dependencia (institucionalización). Esta situación dificulta la separación del paciente del medio hospitalario y facilita la separación o alejamiento de la familia con respecto de su miembro enfermo y de la misma institución.

f) Al aislamiento o segregación indebidas, con respecto al ambiente familiar y a la comunidad se agregan generalmente condiciones de vida hospitalaria cuasi-carcelarias, con pobreza de estímulos y falta de actividades constructivas similares a las de la vida real Esta privación social favorece una desorganización y regresión a formas inferiores de funcionamiento personal, una pérdida de hábitos y desuso de capacidades, con la consiguiente disminución de la eficiencia o rendimiento de toda clase.

Preciso pues en cuanto a incapacidad funcional reconocer que en buena proporción es resultado de las influencias negativas, de privación y alienación condicionadas por las instituciones psiquiátricas segregadas. A esta incapacidad o limitación superimpuesta a la vinculada al trastorno mismo se le conoce con el nombre de "neurosis institucional" o "sindrome de quiebra social".

4. *Sistematización del área de la rehabilitación psiquiátrica.*

I.—*La rehabilitación ha de comenzar con el diagnóstico, a lo menos en sus fases iniciales o preparatorias.*

a) Desde que se inicia el tratamiento de la enfermedad se está poniendo algún remedio a la incapacidad eliminando o atenuando síntomas, pues, de esta manera se previenen secuelas (mengua de la espontaneidad, de la concentración, ect.), y se eliminan o atenúan síntomas que impiden el aprendizaje y las relaciones interpersonales constructivas.

b) La evaluación temprana de las capacidades previas y remanentes, seguida de otras apreciaciones una vez atenuada la sintomatología aguda, permite identificar los cambios bajo la acción de tratamientos intensivos (farmacológicos, físicos, sociales, psicoterapéuticos, etc.). Los programas reeducativos de hábitos, de remotivación no se iniciarán, como es lógico, en las etapas finales del tratamiento o hasta que hayan desaparecido todos los síntomas. De acuerdo a la teoría de las estructuras emergentes de Herman Simon "las fuerzas y capacidades crecen a medida que se utilizan plenamente", precisa adquirir primero lo elemental o básico, los hábitos fundamentales, para que puedan después asimilarse estructuras más complejas como las relativas a la adquisición o aprendizaje de un oficio. Para esto no hay por qué esperar.

2. *El prejuicio de la familia y de la colectividad es alienizante y ha de contrarrestarse a través de intervenciones preventivas.*

a) Un obstáculo a la participación plena en la vida de familia y en general en la vida de relación es el representado por los prejuicios. Tan pronto como se define a una persona como "enfermo" psiquiátrico,

sistemáticamente se le subestima y teme, se le convierte en un "estigmatizado", en el sentido que le da E. GOFFMAN. Esto conlleva segregación y juicios negativos acerca de su capacidad a la que se minimiza sistemáticamente.

Esta situación puede encararse (a) en el nivel de la comunidad a través de la educación pública acerca de la naturaleza e historia natural de los desórdenes psiquiátricos y de las posibles intervenciones preventivas. (b) en el nivel individual se resuelve a través de un intenso programa educativo de la familia desde la primera consulta, muy antes del ingreso al Hospital Psiquiátrico y no esperando el momento del alta para iniciarla.

3. *Ha de prevenirse la ruptura de los contactos sociales.*

a) Si ha sido necesaria la hospitalización, p. ej., para tratamiento intensivo, protección en una situación de crisis, no se debe interrumpir indebida y prolongadamente la comunicación con el exterior. Si esto ocurre se expone el paciente al riesgo de que los demás "cierren filas" y se organicen sin contar para nada con el paciente. La situación de pobreza en nuestro medio favorece comprensiblemente ese tipo de reajuste familiar.

Medidas preventivas podrían ser: 1) la reducción al mínimo posible del período de hospitalización; 2) el otorgamiento de permisos o salidas frecuentes; 3) la promoción de contactos frecuentes con familiares, amigos, compañeros de trabajo; 4) el desarrollo de programas de actividad conjuntan, de educación básica, recreativa y ocupacional en los que participen familiares, pacientes, paisanos o vecinos.

4. *Las medidas preventivas del sídrome de quiebra social acompañadas de una progresiva activación, re-adquisición de hábitos de trabajo, colaboración, puntualidad, echan las bases para el ulterior aprendizaje de oficios u ocupaciones productivas.*

5. *¿Qué pacientes psiquiátricos deberían seleccionarse para rehabilitación?*

a) Por supuesto, mientras persistan los síntomas agudos con manifiesta repercución en el comportamiento no puede pensarse en una

participación en un programa estrictamente hablando de rehabilitación vocacional.

b) Son requisitos para la rehabilitación vocacional, o sea para la evaluación y orientación vocacional, aprendizaje de una ocupación productiva y luego para la colocación en el trabajo en la comunidad la adquisición de:

1— Motivación para el trabajo.

2— Buenos hábitos de trabajo, resistencia, adecuada velocidad, coordinación y precisión motoras.

3— Sentido de responsabilidad.

4— Satisfacción en el trabajo.

5— Atención a la presencia e higiene personales.

6— Cierta habilidad para relacionarse con los demás, sin provocar mayores tensiones o dificultades.

7— Capacidad para comprender y ejecutar órdenes.

c) Si el desorden psiquiátrico agudo trajo pérdida del empleo, previa evaluación de la incapacidad remanente, activación y adiestramiento, si fueran necesarios, debe plantearse una rehabilitación vocacional.

d) Una convalecencia prolongada, un largo período de desempleo o de inactividad puede favorecer un deterioro de las habilidades esenciales para la ocupación. En estos casos precisa la activación y rehabilitación vocacional apropiadas.

e) Los pacientes psiquiátricos con desórdenes crónicos requieren para entrar en un programa de rehabilitación vocacional: actitudes constructivas hacia la autoridad, cierta capacidad intelectual para llevar a cabo un trabajo útil, actitudes compatibles o consistentes con el posible empleo, habilidad para dominar impulsos y adecuarse a las expectativas sociales, y, por supuesto, capacidad física para el empleo.

6. *La restauración de la capacidad para el trabajo y la vida social puede ser mayor o menor, el apoyo familiar puede estar ausente o ser pequeño.*

Esto plantea diversos programas de rehabilitación: unos han de llevarse en condiciones de mínima protección y otros en circunstancias protegidas, a veces en íntima conexión con la institución psiquiátrica.

a) Esto implica el empleo de instituciones de transición o de instituciones donde es posible proporcionar protección prolongada o permanente en la misma comunidad (albergues transitorios o permanentes, colaboración familiar).

Su empleo contrarresta la dependencia y segregación con respecto al Hospital Psiquiátrico, favorece cierto enfrentamiento a las costumbres y problemas de la vida diaria y ofrece apoyo de sentido asegurante e integrador en un ambiente cuasi-familiar.

b) El trabajo ofrecido ha de ser de complejidad creciente hasta llegar al límite de la capacidad remanente.

Si se ofrece labor de complejidad escasa a quien tiene capacidad elevada se le mantiene en un nivel inferior de rendimiento, sin permitir una mayor diferenciación e integración funcionales: se le "estanca" e impide su autorrealización.

c) Sin embargo, cuando el paciente no puede competir o hallar colocación, por su incapacidad, en la misma comunidad, la participación en "talleres protegidos" asegura una cierta productividad en condiciones de seguridad y gran supervisión, y a un ritmo apropiado al nivel actual de eficiencia.

7. *No debe perderse de vista en esto de la prevención terciaria su necesaria integración en el llamado modelo del cuidado en la comunidad.*

En este se ofrece sucesiva o alternativamente, con flexibilidad, una diversidad de servicios de acuerdos a las necesidades del caso psiquiátrico.

a) De un lado el "sistema", cuando es completo y coherente, se orienta hacia la prevención de la adaptación al medio intramural u hospitalario y de otro, idealmente, busca activamente la buena adaptación al trabajo y a la vida de relación fuera del ambiente institucional.

b) Una crítica puede hacerse a todos los programas de cuidados en la comunidad que extreman la nota del alta precoz y del tra-

tamiento extramural: el gran número de casos recuperados o mejorados que al retornar o seguir en la comunidad no encuentran en ella los medios para mantenerse en su recuperación o mejoría, y para disminuir las limitaciones relativas a su capacidad productivas y vida de relación. Para estos casos falta el eslabón de la prevención terciaria. No es cuidado en la comunidad enviar pacientes equizofrénicos con una sintomatología más o menos apagada y una incapacidad funcional marcada o moderada para que permanezcan solitarios e inactivos en un rincón de una habitación o de la única habitación de la "casa", al lado de familiares y allegados indiferentes, cuando no hostiles, para ser visitados ocasionalmente por una enfermera de salud pública. Con esto se ha dispuesto de una cama libre, pero el hogar se convierte en "cuarto de aislamiento" para un ser vegetativo. De otra parte si no hay un adecuado tratamiento de mantenimiento se re-exacerberá la sintomatología y comenzará la serie interminable de los reintegresos y tratamientos.

c) Un prolongado período de terapia por el trabajo y de terapia social favorece la parcial restauración de capacidades. Esto puede darse en la misma comunidad o en hospitales, siempre y cuando, se mantengan los debidos contactos con el exterior.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Tratamiento sin rehabilitación cuando ésta es necesaria resulta un derroche de recursos, creación de nuevos problemas humanos y una carga para el grupo familiar y la comunidad.

a) Un sistema de cuidado psiquiátrico en la comunidad supone una variedad de servicios oportunos: asistenciales y rehabilitatorios, coherentes y complementarios.

b) Se educa a la comunidad para utilizar mejor los servicios, ¿pero por qué no hacerla participar más activamente en los programas de rehabilitación en un nivel comunitario o local?

La creación de centros comunales de rehabilitación (vocacional, social y familiar) con talleres de trabajo protegidos y clubes sociales sostenidos por la misma comunidad, en las áreas o sectores donde residan los pacientes que necesiten esos servicios, supondría un envol-

vimiento y movilización de recursos humanos locales, alejaría prejuicios, favorecería solidaridades e intercambios sociales promotores de bienestar y de salud.

c) No se trata de que la comunidad proporcione meramente recursos o medios materiales. Precisa la participación voluntaria de familiares, vecinos, paisanos, etc. para hacer de la rehabilitación una experiencia de grupo a través de las cuales surjan expectativas y complementaciones de papeles en la misma comunidad y por la misma comunidad.

BIBLIOGRAFIA

1. RUSSEL BARTON, Institutional Neurosis. John Wright, Bristol, 1959. — 2. ERVIN GOFFMAN, Stigma. Prentice Hall Mc, Englewood Cliffs N. J., 1963. — 3. HERMANN SIMON, Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales Salvat Editores, S. A., Barcelona, 1937.

TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS DE LA FORMACION PSIQUIATRICA DE POST-GRADUADOS EN LATINOAMERICA*

CARLOS A. LEÓN**

Una adecuada evaluación de los programas de enseñanza de la Psiquiatría como especialidad en Latinoamérica sólo podría haberse realizado mediante una serie sistemática de visitas a los diferentes centros de adiestramiento por uno ó varios observadores idóneos e independientes, capaces de utilizar métodos y técnicas uniformes en cada lugar y de traducir sus experiencias en datos cuantificables y conceptos objetivos.

El presente trabajo dista mucho de este paradigma ideal y por razones de la forzosa premura en su elaboración, impuesta por una designación tardía, y de la dificultad para conseguir informaciones concretas no pretende sino ofrecer un esbozo panorámico de las características predominantes en la formación de especialistas en los países latinoamericanos.

Para ubicarnos en un marco histórico, señalaremos como punto de partida los sistemas tradicionales imperantes en Latinoamérica desde el siglo pasado hasta hace aproximadamente dos décadas. La orientación de la enseñanza médica se encaminaba a la capacitación profesional para el ejercicio de la medicina curativa en forma individual y episódica. Las facultades de medicina como todas las otras facultades universitarias no cumplían otra función que la de adiestrar estudiantes en los aspectos técnicos de una profesión y ofrecerles en el mejor de los casos el beneficio de la experiencia práctica. La formación

---

* Trabajo presentado en el IV Congreso Mundial de Psiquiatría, Madrid, 1966.

** Profesor y Jefe del Departamento de Psiquiatría — Facultad de Medicina. Universidad del Valle. Cali, Colombia.

psiquiátrica, en estas condiciones consistía en períodos variables de afiliación del candidato al personal médico de asilos o manicomios donde sin ninguna instrucción formal ni supervisión y sólo guiado por lecturas indiscriminadas, se iniciaba en la formidable tarea de buscar conocimientos en un campo plagado de incertidumbres, vaguedades y controversias. Contados son quienes pudieron beneficiarse del contacto personal con un maestro y gozar del privilegio de un sistema tutorial de enseñanza.

A la confusión conceptual se sumaba a menudo el desconcierto causado por los inhumanos sistemas de manejo de los pacientes y el indescriptible grado de negligencia en su cuidado. En efecto, cuatro siglos después de Vives, muchos hospitales psiquiátricos latinoamericanos eran, y es posible que algunos aún lo sean, verdaderas mazmorras medievales donde los pacientes se hacinaban en confusa promiscuidad, sometidos a los más irracionales métodos de restricción, en condiciones higiénicas deplorables y sin el auxilio de ninguna forma de tratamiento. Es fácil imaginar la aversión y el espanto que tales sitios inspiraran a la imaginación popular y es fácil también explicarse cómo la imagen del psiquiatra no hubiera podido despojarse, en el concepto colectivo, de un halo de temor, superstición y rechazo. Por lo demás, generaciones sucesivas de psiquiátras se encargaron de reforzar estos sentimientos negativos al hacer despliegue de una conducta excéntrica cuando no francamente aberrante. En efecto, el tipo convencional del psiquiatra en nuestros medios aparece como una mezcla confusa de filósofo y bohemio: vivaz agudo y sarcástico, siempre dispuesto a entrar en polémica con sus colegas; audaz en sus concepciones, imaginativo y brillante pero estéril en el trabajo disciplinado y sistemático; por lo común exageradamente sensible a las críticas, siempre armado de ironía, cinismo y un creciente acopio de prejuicios e ideas sobre valoradas; argumentativo y dueño de una verbalización fácil, lector voraz y hábil expositor pero básicamente incapaz a causa de su individualismo egoista y escéptico de atraer discípulos a su alrededor y contribuir a la creación de un ambiente académico.

Constituye sin duda, una ardua tarea la anulación de esta imagen del psiquiatra en el concepto popular, para sustituirla por la de un profesional científicamente capaz y dueño del equilibrio emocional necesario para relaciones armoniosamente con sus semejantes y servirles como un experto colaborador en la solución de sus problemas. Sin embargo, la gradual emergencia de un número cada vez mayor de psi-

quiatras con estas cualidades, es un signo que presagia resultados satisfactorios.

Lamentablemente no poseemos un censo de las instituciones que ofrecen entrenamiento psiquiátrico en Latinoamérica, a pesar de los esfuerzos realizados por la Organización Mundial de la Salud en su encuesta de 1962. Solamente un trabajo paralelo en el campo de la enseñanza psiquiátrica al llevado a cabo por Velasco-Alzaga en su excelente evaluación de la salud mental en las Américas en 1963, podría suministrarnos datos valederos. Existe la perspectiva de que pronto se logrará esta meta gracias a los esfuerzos del Consejero Regional de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud.

Estimamos que en la actualidad un número aproximado de 80 instituciones ofrecen alguna forma de adiestramiento psiquiátrico a postgraduados en Latinoamérica. De estos centros por lo menos 50 estarían vinculados a facultades de medicina o dependerían directamente de ellas.

Si bien, las diferencias entre estas varias instituciones son extremadamente grandes, conviene señalar la reciente aparición de unos pocos centros que comparten la caracteríctica común de una intensa devoción por su tarea docente y un vigoroso entusiasmo por mejorar las condiciones existentes. Detengámonos un instante en el análisis de su origen y trayectoria.

Paralelamente a los procesos de transformación social, política y económica de Latinoamérica en las últimas décadas, observamos un notable cambio en el planteamiento de los problemas de educación, salud pública y bienestar social. En relación con este hecho, inicialmente de manera aislada y luego a través de esfuerzos coordinados, algunas instituciones académicas cobran conciencia de su misión y de sus metas en el mundo contemporáneo y deciden revisar sus sistemas e incorporarse como factores dinámicos en el proceso de evolución de sus respectivos países. Obviamente no podrían haberlo hecho sin plasmar un tipo cultural universitario conscientes de las realidades ambientales, receptivo a las necesidades de su medio y dispuesto a emplear de manera responsable sus capacidades científicas y potencialidades intelectuales. El concepto de la Universidad como un conjunto de escuelas profesionales se sustituye por el de una entidad donde se cumple el proceso de enseñanza-aprendizaje, donde la adquisición de conocimientos ocurre a través de la investigación y las actividades se orientan de preferencia al servicio de la comunidad y al establecimiento de

un liderazgo social efectivo que encauce las fuerzas colectivas hacia metas de progreso y bienestar.

Profesorado de tiempo completo, facilidades para la investigación y adecuadas instalaciones asistenciales permiten a unas pocas escuelas de medicina crear las condiciones favorables para la enseñanza de médicos generales y el adiestramiento de especialistas. Sistemas de selección de estudiantes y limitación de su número, garantizan un aprovechamiento óptimo de las facilidades docentes.

En el curso de los últimos 10 años varios de estos centros implantan un sistema de internado obligatorio que garantiza oportunidades uniformes de práctica clínica inmediatamente anterior al grado doctoral. Igualmente, se crea el sistema de Residencias de tiempo completo y dedicación exclusiva, para la formación de especialistas. En el caso particular de Psiquiatría, los programas comprenden 2 a 3 años de residencia e incluyen cursos de instrucción formal, práctica clínica dirigida y supervisada y participación en proyectos de investigación, asistencia y prevención a nivel comunitario, siguiendo una secuencia razonable.

Si bien el número de instituciones que ha logrado alcanzar este nivel es aún escaso, su esfuerzo e iniciativa parece haber tenido suficiente ímpetu creador para activar un proceso de sana emulación que tiende a extenderse y fructificar en diferentes localidades.

Al analizar los programas docentes de estos centros, advertimos el propósito fundamental de formar el psiquiatra que sus respectivas comunidades necesitan, dentro de un marco de universalidad fundamentada en la experiencia de otros países. Vemos cómo al ubicar la posición psiquiátrica en un punto intermedio entre lo biológico y lo social se aspira a cubrir un amplio espectro del conocimiento, indispensable para la comprensión y solución de los problemas humanos, máxime si se los plantea en su respectivo contexto histórico, geográfico económico y cultural.

Un mosaico extraido de los programas de formación psiquiátrica vigentes en diversos centros Latinoamericanos se compondría de los siguientes cursos y actividades.

Neuroanatomía
Neurofisiología
Bioquímica
Psicofarmocología
Genética

Psicopatología General
Principios de Psicología
Electroencefalografía
Metodología Científica
Psicodinámica
Lecturas Psicoanalíticas
Técnicas de Entrevista
Técnicas Psicoterapeuticas
Escuelas Psicoanalíticas
Terapeutica Somática
Psicoterapia de Grupos
Tests Psicológicos
Semiología Psiquiátrica
Nosología Psiquiátrica
Clínica Psiquiátrica
Escuelas Psiquiátricas
Historia de la Psiquiatría
Neurología Clínica
Diagnóstico Radiológico
Medicina Psicosomática
Psiquiatría Infantil
Psiquiatría Social
Psiquiatría Forense
Epidemiología
Higiene Mental
Antropología Cultural
Sociología

Muchos de estos cursos se ofrecen en forma de Seminario o Grupos de discusión. La instrucción formal se complementa con trabajo clínico supervisado en forma individual y colectiva. En algunos centros se han organizado grupos terapeúticos para residentes y grupos formativos de relaciones humanas. Actividades tales como clubes de revistas y seminarios de actualización estimulan el enjuiciamiento crítico de las contribuciones científicas más recientes.

En latinoamérica donde todos los problemas de salud tienen vigencia simultánea, al mismo tiempo que programas elementales de acción en el control de enfermedades infecciosas y en saneamiento ambiental, se requiere también y de manera apremiante programas de

asistencia psiquiátrica y de higiene mental. Varias instituciones académicas asi lo han entendido y conscientes de su misión están empeñadas en una pluralidad de esfuerzos entre los cuales se destaca con nitidez el importántísimo papel que la psiquiatría juega en el planteamiento y solución de los problemas de salud del hombre latinoamericano.

El psiquiatra encara situaciones muy difíciles, pero cada una de ellas le ofrece una reiterada oportunidad para contribuir con su trabajo a la orientación de los vertiginosos cambios que experimentan sus países. Diríase que Latinoamérica toda, es un extenso laboratorio psico-social abierto por igual a las inquisiciones del estudio como al impulso creador del hombre de acción.

La tarea de formar personal adecuadamente capacitado para cubrir las necesidades de salud mental de ésta parte del mundo es una empresa de dimensiones heroícas. La desproporción entre los recursos de las instituciones y las responsabilidades que sobrellevan es inmensa, pero algunas de ellas han logrado subsistir y prosperar gracias a la claridad en la definición de sus metas y a una inquebrantable fé en el destino de su misión.

Signos alentadores en el panorama psiquiátrico latinoamericano pueden discernirse en las siguientes actividades:

La constitución en 1961 de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina.

Este organismo, trata de establecer un esfuerzo coordinado para mejorar la educación médica en el continente a través de la adopción de requerimientos mínimos y unificación de planes y programas. Algunos países tienen asociaciones nacionales cuya labor ha sido muy efectiva en la promoción del progreso académico y en la creación de un sistema razonable de certificación de especialistas. Del 22 al 27 de Agosto de 1966 se reunió en Bogotá la 1ª Conferencia General de Educación Médica auspiciada por la Federación Panamericana de asociaciones de Facultades de Medicina con asistencia de representantes de todos los países miembros. El tema central para discusión fué: "la educación médica como factor en el desarrollo económico y social".

En 1962 gracias a la iniciativa del Dr. Hardin Branch, en aquel entonces Presidente de la American Psychiatric Association se esbozó la creación de un programa de intercambio panamericano para entrenamiento en Psiquiatría. El Dr. Lindbergh Sata y otros profesionales norteamericanos realizaron encomiables esfuezos para asegurar su financiación, pero desafortunadamente, no se logró esta meta.

En Mayo de 1961 se realizó en Caracas el 1er. Congreso de la Asociación Psiquiátrica de la América Latina (APAL) y esta fecha marca una era de progreso y vigor para este organismo que nació en el III Congreso Internacional de Psiquiatría en París en 1950 gracias a la felíz iniciativa de Carlos Alberto Seguín, José Angel Bustamante y Raúl González Enríquez. La prematura desaparición de este último, cuando desempeñaba con brillantez la presidencia de la Asociación en 1962, causó un doloroso impacto en el grupo que lo silenció por nueve (9) años. Sucesivos congresos se realizaron en México en 1962 y Lima en 1964. Durante el Congreso de Lima se puso en consideración la idea del Dr. Daniel Blain, Presidente de la Américan Psychiatric Association quien estimaba aconsejable la agrupación gremial de todas las asociaciones psiquiátricas del continente. Sobre esta base inicial y luego de una reunión en México en 1965, se acordó la creación de un organismo rector que coordinara las acciones y es así como surgió el Consejo Interamericano de Asociaciones Psiquiátricas integrado por 6 representantes de la A. P. A. L., 3 representantes de la American Psychiatric Association y 3 representantes de la Canadian Psychiatric Association. Entre los propósitos más importantes del Consejo merecen citarse: la promoción de altos niveles de excelencia en la enseñanza de la Psiquiatría, el ofrecer información y ayuda en lo relativo a enseñanza, investigación y servicios clínicos sobre enfermedades mentales en las Américas y facilitar el inter cambio de becas, subsidios, expertos y técnicos en el campo de la salud mental.

En el presente año, la Organización Mundial de la Salud a través de su oficina regional en Washington adelanta planes para la reunión de un grupo de profesores de psiquiatría latinoamericanos en 1967 con el fín de intercambiar ideas y desarrollar programas coodinados en el campo de la educación psiquiátrica. Se espera que para esta época ya estará terminado el censo sobre instituciones docentes, su personal, programas y facilidades.

En una tentativa de balance objetivo tendremos también que referirnos a las dificultades existentes en el momento actual para la formación de psiquiatras.

En primer lugar, mencionaremos la tradicional penuria de las instituciones educativas y asistenciales, que les impide disponer de las instalaciones adecuadas y contratar el personal necesario con una remuneración congrua. Varias universidades gozan de autonomía política y administrativa, pero estos privilegios no están respaldados por una

verdadera autonomía económica, indispensable para el desarrollo de sus programas. Igualmente conspiran en contra de una labor efectiva, la falta de una genuina tradición académica, en el sentido de que se considera la docencia como una actividad secundaria en relación al ejercicio profesional, mas nó como una función primordial que demanda dedicación exclusiva y plena. Por esta misma razón la tarea investigativa se halla en un estadio incipiente de desarrollo y el reclutamiento de personal para estas actividades se dificulta grandemente. Por otra parte existe un natural temor al abandono del ejercicio de una profesión a cambio de una posición docente cuya estabilidad no se garantiza, ya que sufre a menudo el influjo de los vaivenes políticos tan frecuentes en nuestro medio.

Otra faceta interesante de analizar en el problema de la formación de psiquiatras latinoamericanos es la posibilidad de que reciban entrenamiento en centros europeos o norteamericanos. La segunda guerra mundial desplazó el eje de influencia científica para Latinoamérica de Europa a Estados Unidos y desde entonces una apreciable cantidad de profesionales ha recibido su adiestramiento en instituciones norteamericanas. Este hecho, que en términos generales pudiera considerarse como alentador para el desarrollo del potencial médico latinoamericano, se ve menguado en su eficacia, en cuanto al campo de la psiquiatría se refiere, por factores adversos de los cuales destacaremos dos muy importantes. El primero, consiste en la resistencia del joven profesional para volver a su lugar de origen después de finalizar su entrenamiento. Esta actitud se justifica en muchos casos por las excelentes oportunidades de trabajo y buena remuneración que encuentra en Estados Unidos en contraste con las dificultades existentes en su propio país. El segundo factor se refiere al tipo de preparación recibida y al contexto cultural en que ocurrió. En efecto, es posible que el candidato reciba un entrenamiento cuyo valor funcional dependa de condiciones étnicas, sociales, económicas y culturales muy diferentes a las que existen en su propio país. También la experiencia clínica puede resultar inadecuada o insuficiente cuando se realiza con pacientes de otra cultura. Para evitar estos escollos la formación psiquiátrica en un medio cultural foráneo, probablemente necesita ir precedida de una sólida iniciación conceptual y de la correspondiente experiencia clínica en el medio autóctono.

La posibilidad de utilizar los recursos de países altamente desarrollados para el entrenamiento de psiquiatras latinoamericanos po-

dría aprovecharse al máximo si se crearan las condiciones apropiadas para recibir a grupos selectos de candidatos después de un período de preparación inicial en sus propias instituciones y con miras a entrenarlos en areas técnicas especializadas, susceptibles de adaptarse al medio de origen, de acuerdo a la magnitud y calidad de los recursos. Profesionales así entrenados, constituirían el núcleo docente e investigativo de nuestros centros de adiestramiento. Igualmente, las instituciones extranjeras podrían enviar a latinoamérica por períodos prescritos, candidatos para adquirir experiencia en trabajos de campo en el área social, bajo la supervisión de profesionales calificados y con planes específicos preestablecidos. Esta doble corriente de personal en formación, pondría de relieve las mutuas necesidades, contribuiría a robustecer los programas y crearía un fundamento efectivo para una verdadera labor transcultural.

Finalmente, existe la posibilidad de la creación de centros internacionales de medicina localizados en áreas claves para el desarrollo de los recursos humanos de una región geográfica. Uno ó más de estos centros podrían establecerse en Latinoamérica y operar como instituciones de entrenamiento avanzado para núcleos selectos de nuestros profesionales, con personal docente de reconocido prestigio y bajo los auspicios de entidades internacionales.

La realización de un proyecto de esta naturaleza contribuiría no solamente a subsanar el problema de la formación de psiquiatras para latinoamérica sino que también respondería en forma certera a una clamorosa necesidad del mundo moderno, al crear las condiciones propias para la ampliación del intercambio cultural y la mutua comprensión entre los pueblos.

BIBLIOGRAFIA

1. BAMBAREN VIGIL, CARLOS. Comunicación. — 2. BERMANN, GREGORIO. Comunicación personal. — 3. DAVILA, GUILLERMO. — 4. DE LA FUENTE, RAMON. Curso de Psiquiatría para Graduados. División de Estudios Superiores Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. México D. F. 1965. — 5. GOLDENBERG, MAURICIO. Programa de los cursos de especialización en Psiquiatría 1º y 2º años. Servicio de Psicopatología del Policlínico "Prof. G. A. Alfaro". (Copias mimeografiadas) Buenos Aires 1966. — 6. GOLDENBERG, MAURICIO. Comunicación personal. — 7. GONZALEZ, MURILLO GONZALO Y GALLEGOS, CHACON ALVARO. Plan de entrenamiento de Residentes en Psiquia-

tría Hospital Psiquiátrico ML. A. Chapui (copia mimeografiada). San José, Marzo 1964. — 8. GONZALES, UZCATEGUI RENE. Comunicaciones personales. — 9. LEME, LOPEZ JOSE. Comunicaciones personales. — 10. MATA, DE GREGORIO JESUS. Comunicación personal. — 11. PACHECO, E SILVA ANTONIO CARLOS. Comunicación personal. — 12. PACHECO, E SILVA CARLOS. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Sao Paulo. "Curso para o grupo de Residentes, Bolsistas e Estagiarios (Bienio 1966 - 1967). Mecanografiada. — 13. ROSELLI, QUIJANO HUMBERTO. Programa de enseñanza de Graduados en Psiquiatría. Universidad Nacional, Facultad de Medicina. Unidad de Psiquiatría. Bogotá 1965 (mimeografiada). — 14. SEGUIN, CARLOS ALBERTO. Comunicaciones personales. — 15. UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES. Instituto de Clínica Psiquiátrica Curso Superior de Médicos Psiquiatras. Temarios de Clase y Trabajos prácticos para los alumnos de 1ª y 2ª año. Año 1965 (Mimeografiada). — 16. VELASCO, ALZAGA JORGE. Mental Health in the Americas. Pan American Health Organization Res 2/22 Washington 1963. — 17. VIDAL, GUILLERMO. Curso de Psiquiatría 1965. Instituto Grondona. (Mimeografiada). — 18. WORLD HEALTH ORGANIZATION. "Training of Psychiatrists" Working paper Nº 19. Setretaría Mental Health WHO, Geneva 1962.

DOCUMENTOS

*EL IV CONGRESO LATINO AMERICANO DE PSIQUIATRIA Y EL VI CONGRESO LATINO AMERICANO DE SALUD MENTAL**

Pese a serios inconvenientes, entre los que cabe consignar la inmediata proximidad del IV Congreso Mundial de Psiquiatría, los recientes acontecimientos políticos y la inestable situación universitaria argentina; el IV Congreso Latino Americano de Psiquiatría se desarrolló con singular éxito entre el 22 y 27 de Agosto del presente año en la ciudad de Buenos Aires; promovido por la Asociación Psiquiátrica de América Latina, cuya Junta Directiva estaba conformada por los Drs. Guillermo Dávila de México, Presidente, Gregorio Bermann de la Argentina, Vice-Presidente, Carlos Lucero Kelly de la Argentina, Secretario General, Humberto Roselli de Colombia, Tesorero, José Bustamante de Cuba, Clovis Martins del Brasil, Dionisio Nieto de México y Humberto Rotondo del Perú, Vocales y Carlos Alberto Seguín del Perú, Presidente Pasado; fué auspiciada por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, el Instituto Nacional de Salud Mental, el Consejo Interamericano de Asociaciones Psiquiátricas, la Federación Argentina de Médicos Psiquiatras, la Liga Argentina de Higiene Mental y la Comisión Argentina Asesora en Salud Mental.

La solemne Sesión Inaugural se llevó a efecto el día 22 a las 17 hs. en el local del Consejo Deliberante de la ciudad, habiendo hecho uso de la palabra los Drs. Mario Sbarbi en su condición de Presidente de la Liga Argentina de Salud Mental, Omar Ipar como Presidente de la Federación Argentina de Médicos Psiquiatras y a nombre de las delegaciones Extranjeras el Dr. Agustín Carrizosa del Paraguay. Acto seguido en una breve ceremonia los Drs. Carlos Alberto Seguín y Rubén Ríos Carrasco editores de los Anales del III Congreso hicieron entrega simbólica de los mismos a la APAL, lo cual motivase un voto de reconocimiento y gratitud en el discurso del Dr. Guillermo Dávila, Presidente de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, con que se cerrase el acto.

---

* Informe presentado al Decano de la Facultad de Medicina Dr. Jorge Campos Rey de Castro y la Asamblea de Profesores del Departamento de Ciencias Psicológicas.

Como se podrá suponer la Delegación más numerosa fué la del país organizador, entre los miembros de las otras delegaciones recordamos a los Drs. Guillermo Dávila ,Dionisio Nieto y Edmundo Macías de México; Rubén Rendón, Alberto Mateo Alonso de Venezuela; Humberto Roselli, Antonio Reales Orozco, Abel Sánchez Pelaéz, Carlos Gonzáles y Federico Klin kert de Colombia; José María Alvarado y René Calderón de Bolivia; Agustín Carrizosa, Andres Rivarola e Isaac Ceglá del Paraguay; Clovís Martins del Brasil; Juan Carlos Chans Caviglia, H. Puppo Touriz, Sergio Ascurra y Juan Carlos Carrasco de Uruguay, la delegación chilena se abstuvo de concurrir y el Ecuador asi como los paises Centro Americanos no acreditaron representantes. La Delegación Peruana estuvo integrada por los Drs. Carlos Alberto Seguín, Arnaldo Cano, Alfredo Saavedra, Rubén Ríos Carrasco, Jose Sánchez, Walter Griebenow, Hildebrando Salazar, Hugo Díaz, Elia Izaguirre, Guillermo Montenegro, Félix Cucirramo, Salomón Paz e Hilarión Tovar, la mayor parte de ellos integrantes del Departamento de Ciencias Psicológicas de nuestra Facultad.

Las actividades científicas se desarrollaron de acuerdo al programa siendo las mañanas dedicadas a las Ponencias Oficiales y Conferencias Especiales, y las tardes a la presentación de los trabajos referentes a dichos temas y las discusiones de mesa redonda, además hubieron cursillos, visitas a diferentes centros psiquiátricos y exhibición de películas, mientras que las actividades sociales tuvieron el inolvidable marco de la reconocida gentileza y amabilidad de los anfitriones.

Primer tema Oficial: PSICOPATOLOGIA DE LA INFANCIA

El primer relator de este tema fué el Dr. Diego García Reynoso designado por la Sociedad Psicoanalítica Argentina, quien luego de haber circunscrito el objeto de estudio del psicoanálisis en la conducta, es decir a las estructuras objetivables de la personalidad, subrayó los aportes más destacados del enfoque psicoanalítico al estudio de la psicopatología del niño que implica necesariamente el estudio del grupo familiar y los grupos secundarios cuya interacción es constante; teniendo presente que el niño es un organismo de rápido y progresivo ofrecimiento y que en la medida en que se desarrolla va integrando y diferenciando sistemas y funciones. Se refirió al particular interés del psicoanálisis en el estudio de las conductas contradictorias, es decir cuando la situación dialéctica se ha convertido en dilemática de características ambivalentes o divalentes, lo cual determina, a su vez, los tipos de conducta neuróticos o esquizoides correspondiente, por lo tanto, a fenómenos de estructuración patológica de la personalidad que deberán luego ser modificadas por la actuación psicoterapéutica en términos de reaprendizaje o evitadas por las múltiples posibilidades de profilaxia ya que este no es sino el emergente de una realidad y de un grupo dados.

La Dra. Telma Reca de Acosta, en representación del Centro de Psicología y Psicopatología de la Edad Evolutiva, tuvo a su cargo la segunda parte del relato en la que hizo un enfoque general de los términos en que

se plantea la etiología y la nosología en psiquiatría infantil y luego aportó datos estadísticos sobre la frecuencia relativa de los cuadros observados en la clínica; habiendo destacado principalmente en la multiplicidad de factores que intervienen en la causación de los trastornos psiquiátricos, agentes capaces de ocasionar lesiones en el sistema nervioso durante la vida intrauterina, el parto o los primeros años de vida o capaces de ocasionar alteraciones en todo el organismo que repercuten en el sistema nervioso y conjunta o consecutivamente en el psiquismo; factores que determinan variaciones en el ritmo, la forma y la sucesión de los procesos del desarrollo; influencias y situaciones de orden psíquico, de orden material que actúan sobre el niño a través de su vida de relación. En la segunda parte de su exposición se refirió a la creciente importancia del diagnóstico de las Disfunciones Cerebrales Mínimas dada su alta proporción y la variable sintomatología con que se puede presentar.

Los Drs. José M. Reyes Terra, Daniel Murguía, Juan Severino, E. Probst, H. Puppo Touriz, H. Cassarotti y J. C. Carrasco, de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, iniciaron su relato estableciendo que el niño debe ser considerado con criterio antropológico cultural en una perspectiva tridimensional: como ser biológico, psíquico y social que se ve conminado a resolver situaciones para las cuales no tiene soluciones pre-formadas, sino a elaborar, como el problema de la adaptación en el que resalta la importancia de las experiencias precoces en el binomio madre-niño, a partir del cual se organiza el yo que va a recorrer intrínsecamente sucesivos y cada vez más complejos planos de integración, debiendo adquirir determinadas aptitudes que le permitan enfrentar los riesgos que el medio le ofrece indiscriminadamente y el proceso de desarrollo en procura de su definitiva integración personal. La fragilidad de su estabilidad emocional favorece la presentación de situaciones casi siempre transitorias dadas a un marco referencial determinado, en cuyo seno las figuras perentales y un mundo de objetos permanentes de relación juegan el papel de soporte esencial para mantener dicha estabilidad, la menor variante de cuyos elementos provocará fuertes vivencias de inseguridad y desencadenará cuadros de angustia en donde el miedo y la destrucción es el principal ingrediente y que dan lugar a la aparición de múltiples conductas regresivas de variable intensidad, las que han sido denominadas como Situación Neurótica Transitoria o Sindrome de Inseguridad que tiende a desaparecer cuando se modifican los factores ambientales de perturbación, por otra parte la Esquizofrenia Infantil es material de creciente interés habiéndose intentado establecer las características semiológicas que permitan un diagnóstico precoz o captar mejor aquellas situaciones que permitan preveer la aparición de trastornos esquizofrénicos, en este sentido se ha considerado el autismo precoz, la falta de afectividad en las relaciones, y los trastornos de conducta; por otra parte se ha logrado detectar la existencia de períodos críticos en que es más frecuente su aparición: a) desde el año y medio hasta los dos años y medio, época en que el niño hace la transición desde el mundo interno al externo, b) alrededor de los seis a diez años, etapa de adaptación escolar

y social, y c) la pubertad, en que los cambios a diferentes niveles y la emergencia de fuertes impulsiones sexuales lo obligan a enfrentar su realidad. La otra vertiente de las alteraciones psicopatológicas, son las denominadas Conductas Antisociales que pueden ser actos aislados y transitorios o conductas persistentes debidas a configuraciones individuales de diverso origen enfrentadas a contingencias ambientales. Todo lo cual impone una toma de posición que comprenda aspectos terapéuticos y profilácticos, una pesquisa planificada de las condiciones biológicas en el sentido eugénico, gestacional, nutricional y geográfico; un análisis de los elementos socio-económicos y culturales y una especial consideración para los perfiles y estructuras psicológicas infantiles que permitan conducir del mejor todo su proceso de maduración y el de la adaptación concomitante.

En relación con este tema se presentaron los siguientes trabajos: Orientación psicológica en grupos de madres: Lic. Fanny Levinton de Barachuk. psicopatología y deserción escolar, estudio realizado sobre la población infantil en una villa miseria: Drs. Aurora Pérez, Silva Stuhlman, Lore Abeles, Samuel Zysman y Alfredo Maladesky; Esquema corporal e imagen de sí mismo en el niño hipoacúsico: Fonoaud. María Isabel de Cerdeiro y Lic. Nora I. de Figueroa; Contribución de las madres a la recuperación de niños disléxicos a través de su orientación psicoeducativa en grupos: Prof. Ana de Cohen, Problemática del adolescente y su familia: Drs. Telma Reca, Evelina S. de Costa, Susana Procupet, Marcos Schor y Prof. Mirella Crema y Luisa Praschker, La individuación como fenómeno psicosocial: Drs Carlos Collazo y Pablo Rispo y Prof. Ana María de Rispo. La no individuación en psiquiatría infantil: Drs. Pablo Rispo y Carlos Collazo. Algunos fenómenos observados en grupos psicoterapéuticos de niños, realizados en una institución hospitalaria: Drs. Mauricio Goldenberg, Samuel Zysman. Aurora Pérez y Lea R. de Paz y Lic. Silvia Athlman, Consideraciones acerca de la problemática del adolescente, su tratamiento en el ambito hopitalario: Lic. Florinda Gloser y Gerardo Arias, Psicoterapia en adolescentes limítrofes: Drs. Anny Speier, Ana María María Méndez y Lic. Mercedes Palombo, Problemas psicopatológicos de la infancia: Lic. Esperanza Insúa y Graciela García y Trab. Soc. Ester Bollini y Nilda Bianchi, Consideraciones estadísticas sobre el Servicio de Psicopatología Infanto-Juvenil del Hospital Rawson: Dr. María Rosa Glásserman. Psicopatología de la infancia y las consecuencias vivenciadas en la etapa del adulto: Dr. Dolores Ojeda. de Turchi, Contribución al estudio de la delincuencia infantil y juvenil: Dr. José María Alvarado, Síndrome Nocturno en relación con el EEC y el Test de Bender: Dr. Roberto Enrique Cowes, Expresión Clínica de la dislexia en la adolescencia: Drs. Telma Reca y Juan Kushnir y Prof. Matilde M. de Cohen. La conducta de niños con lesiones cerebrales: Drs. Luis Stoppa, Vicente Parpagnoli Mislej y Luis María Belgrano, La importancia del diagnóstico preciso en el cuadro de deficiencia mental: Dra. Ethel Cruz, Problemas de deficiencia mental en la escuela rural: Psic. Dalila M. de Platero, Psicodrogas disímiles en el tratamiento de la hiperkinesia infantil: Dr. Mauricio Knobel, La propericiacina en el tratamiento de los trastornos del carácter y

comportamiento en la infancia y la adolescencia: Dr. Alberto Melgarejo, Roberto Casares y Joaquín Spallina. Fobias de la infancia: Drs. Rosa de Skeinberg y Lic. Hebe de Daino.

Segundo Tema Oficial: ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRIA.

El Dr. Carlos Alberto Seguín en representación de la Asociación Psiquiátrica Peruana se ocupó del tema: La enseñanza de las Ciencias Psicológicas en las Facultades de Medicina de Latino América, refiriéndose en primer término a la organización del Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en un pograma estructurado con el fin de obtener una integración entre las vertientes somáticas y psíquicas de la realidad humana y permitir una comprensión más coherente de los fenómenos humanos, y a las últimas modificaciones en el curriculum cuyos resultados aún no es posible juzgar. A continuación reseñó la enseñanza de la psiquiatría en los otros países latinoamericanos a través de los datos obtenidos en una reciente encuesta, notándose en general una tendencia a la integración de los conocimientos psiquiátricos con el resto de los conocimientos médicos a la incorporación del curso de Psicología Médica en los primeros años de estudios y a poner énfasis, cada vez mayor en la enseñanza por medio de grupos pequeños y organizados dinámicamente. En cuanto a la Psicología Médica recomendó los siguientes aspectos: la integración psicosomática en los niveles bioquímico, anatómico, fisiológico y psicológico y social; la noción de homeostasis como base de la comprensión de la psicología; la categoría social del hombre, su característica de ser en el mundo y la formación y evolución de la personalidad. Analizó los inconvenientes de las clases teóricas y las dificultades más frecuentes con que estas tropiezan, las técnicas más adecuadas para los seminarios o grupos de discusión y las prácticas, en las que recomienda relievar la relación médico-paciente, la cabal percepción del mundo del enfermo y las vinculaciones de su biografía con su enfermedad. En cuanto al curso de Psiquiatría puntualizó que salvo notables excepciones aún se le sigue dictando como una especialidad entre otras, remarcando los sentimientos de resistencia a la Psiquiatría tanto de parte de los alumnos como de los profesores de otras disciplinas. Finalmente, se señala como perspectiva trascendental: a) una labor informativa que prepare al estudiante a la comprensión del hombre en la salud o la enfermadad, en su integridad psico-biológica y que este no puede ser concebido sino como una parte del mundo en que vive, de la sociedad en que actúa y de la cultura en que se ha desarrollado y b) una labor formativa que contribuya a la definitiva plasmación de la personalidad del alumno.

Los relatores designados por la Federación Argentina de Médicos Psiquiatras, Drs. Omar J. Ipar y Jorge García Badaracco, se ocuparon por separado el primero de la Enseñanza del Post-Grado en Psiquiatría y el segundo de las Experiencias en la Enseñanza del Post-Grado en el Hospital Neuro-Psiquiátrico Nacional. Partiendo de la premisa de que el objetivo

fundamental y el meollo conceptual de la enseñanza de post-grado es conferir al futuro psiquiatra de un bagaje imprescindible que debe comprender la complejidad del conocimiento, la interacción en equipos, la universalidad y bajo costo de los tratamientos, la practicidad y no limitación de sus perspectivas y posibilidades y el conocimiento de las ciencias del hombre y la aplicación de sus métodos a la psiquiatría. El maestro no sólo debe enseñar la ciencia pura sino modelar la personalidad del discípulo y adecuarlo a los nuevos criterios patogénicos, terapéuticos y asistenciales, sin dejar de apuntar claramente a las posibilidades socio-culturales y económicas de cada país, debiendo prepararlo para la investigación, la docencia, la asistenci y la prevención.

A continuación de una reseña acerca de las diferentes etapas doctrinarias por las que había pasado al enseñanza de pos-grado, destacó el modo tradicional del aprendizaje al lado de un especialista de prestigio, luego el advenimiento de los internados y de las residencias en los hospitales psiquiátricos y en los Servicios de Psiquiatría de los Hospitales Generales; la revolución que el psicoanálisis introdujo en los criterios de formación y de enseñanza. Finalmente se estableció de que el pasaje del residente por los cursos de post-grado no deben ser sólo una mayor adquisición de conocimientos, sino un verdadero aprendizaje de aptitudes, en la convicción de que no será mejor psiquiatra el que sepa más, sino el que mejor se conozca a sí mismo y pueda relacionarse con sus semejantes más adecuadamente, sea más maduro emocionalmente, realice un auténtico trabajo vocacional, pueda llevar a cada enfermo a la dignidad de ser humano y pueda quitarle el carácter de "caso", interesante o aburrido, y se integre con su paciente en el contexto bipersonal, familiar y social; para ello las residencias no deben descuidar la enseñanza teórica ni dejar de mantener conexiones con el arte, la cultura, los idiomas, las otras ciencias, etc., deberá enseñar al estudiante todos los aportes de las diferentes escuelas psiquiátricas para que él de acuerdo a su estilo personal y aptitudes elija libremente aquella con que esté identificado y comprender, siempre, desde que la enfermedad actual es algo inserto en la biografía del enfermo en el contexto social y cultural donde vive y de donde extrae sus valores y creencias.

Por la tarde y en relación con este tema se presentaron los siguientes trabajos: La noción de aprendizaje en la formación en psicología: Dr. Iver Cassanelli, Lic. N. Erico y Lic. H. Santangelo, Actitudes grupales de estudiantes de medicina frente a la introducción del conocimiento psicológico: Drs. Blanco Montevechi, Clara Dematine y Armando Bauleo, Enseñanza e integración en psiquiatría: Dr. Pedro José Otero, La introducción en el mundo del enfermo: Dr. Rubén Ríos Carrasco, La enseñanza de la psiquiatría en el hospital general: Drs. Sylvia Bermann y Ana María de Urquijo, Las dispsicobiosis en el temario de la enseñanza de la psiquiatría: Dr. Juan Dalma, Enseñanza de la medicina psicosomática en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires: Dr. Francisco Pérez y Morales, Aspectos significativos en la evolución de un grupo operativo: Lic. Gustavo Etkin, El concepto de supralider enfoque psicosocial: Dra. Elia Ezaguirre, La en-

señanza de la psicología y psiquiatría y la humanización de la profesión médica: Drs. Héctor Villar y César Cabral, la formación del psiquiatra infantil: Drs. Héctor Ronoli Cipolleti, Carlos Collazo y Pablo Rispo. Selección Previa de postulantes a cursos de psiquiatría para post-graduados: Drs. Roberto Doria Medina, Jorge Luis Pereyra, Luis Pettina, Jaime Rojas Bermúdez, Angel Zarza y Lucía Speroni. Incidencia del ambiente en las dificultades del aprendizaje de la psiquiatría, su profilaxis y tratamiento con Psicodrama: Dr. J. Rojas Bermúdez, Formación multi e interdisciplinaria del psiquiatra: Dr. Fernando Taragano, la teoría y la praxis en la enseñanza de la psicofarmacología y los tratamientos físicos en la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos: Dr. Rubén Ríos Carrasco. Las Técnicas psicodramáticas en la selección de candidatos a la residencia en el Hospital Neuropsiquiátrico de Buenos Aires: Drs. Fidel Moccio y Jaime Rojas Bermúdez, La conducta del grupo formativo frente al líder agresivo: Dr. Hilarión Tovar, La enseñanza de psicología social en formación en la formación de psiquiatras: Dra. Laura Quinteros, Nueva Técnica para la enseñanza de la psicoterapia: Drs. Alberto Fontana, Alba Gasparino, Guillermo Kermblit, Jorge Martínez. Luis Peyser, Roberto Reynoso, Alberto Schavelson y Héctor Touyas, Curso de especialización de psiquiatría de la niñez y la adolescencia dictado en el Departamento de Psicología y Psicopatología de la Edad Evolutiva de la Universidad de Buenos Aires: Dras. Telma Reca y Ana Méndez, Experiencia en un grupo comunitario: Drs. José María Rosso y José Luis Vals, Valoración del aprendizaje de la psiquiatría de la niñez y de la adolescencia en el Departamento de Psicología y Psicopatología de la Edad Evolutiva de la Universidad de Buenos Aires: Drs. Nora Aldabe, Alicia Brandt, Ethel Cruz, Nélida Grimberg, Eva Psenne y Tereza de Puentes. El programa mínimo para residentes de psiquiatría de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina: Dr. Humberto Roselli, la Enseñanza de la especialidad de psiquiatría en la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos: Dr. Rubén Ríos Carrasco, La formación del clínico psiquiatra: Drs. Mario Santos y Mario Ambrona, Vida subjetiva y enseñanza de la psicología médica: Dr. Alberto Acocozza Nieto.

Tercer Tema Oficial: EPIDEMIOLOGIA PSIQUIATRICA

Los relatores designados por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Drs. Vicente Sánchez, Patricio Montalvo y Luis Wenstein, no se hicieron presentes.

La Drs. Sylvia Bermann, del Comité Permanente de Jornadas y Congresos de Psiquiatría de la Argentina, luego de delinear los nuevos conceptos de la enfermedad mental y las dificultades metodológicas de su estudio epidemiológico, afirmó que los núcleos alrededor de los cuales se orientaban estas investigaciones son: el estudio del enfermo y su medio socio-cultural y los cambios que suscita en el medio la ocurrencia de la enfermedad mental; en latinoamérica las circunstancias prevalentes en materia de formula-

ción y educación médicas, así como las condiciones de especialización en psiquiatría han retrasado notablemente la aplicación de la metodología epidemiológica, siendo la orientación diferencial de los trastornos psiquiátricos, el estado de salud mental y realizar estudios de actitud y opinión en relación con variables demográficas socio-culturales y económicas; para demostrar lo cual se presenta una reseña de los trabajos realizados dentro de los acápites siguientes: estudios de prevalencia, encuestas de salud mental, estudios de actitud y opinión, estudios sobre la personalidad básica y estudios especiales; siendo de destacar el poco uso que se ha hecho de la información clínica de las instituciones asistenciales, debido, posiblemente, a que no se dispone de buenas historias clínicas, confeccionadas con métodos uniformes y de un sistema capaz de resumirlas y modificarlas, por otra parte los trabajos en terreno que permiten la integración de equipos inter disciplinarios y con expresión de la apertura de la psiquiatría al campo social muchas veces no han sido realizados con la seriedad y rigor que precisan, notándose que las tabulaciones proyectadas y los planes de análisis fijados de acuerdo a los objetivos no agotan las posibilidades de utilización de dicha información, siendo muchas veces los subproductos, fijados previamente o advertidos a posteriori, más importantes. La investigación clínica y la epidemiología tienen la misma actitud y criterio frente a la enfermedad mental y se velan de una metodología semejante, la única diferencia que cabe es la forma respectiva de su aplicación e individuos o a grandes poblaciones, ambos tratan de acercarse con ingenua curiosidad a los hechos para aislarlos, agruparlos y clasificarlos en categorías conceptuales, buscar e inferir asociaciones causales y generalizaciones, cuya significación teórica no debe hacernos olvidar el uso práctico de dicha información que en alguna forma debe traducirse en iniciativas en consonancia con las necesidades, hábitos y recursos de las poblaciones a las que se pretende aplicar programas y normas de organización en salud mental y en nuestra América Latina existen serios problemas de salud mental que requieren enfoque y solución.

Los Drs. Alberto Bonhour, Fernando Pages Larraya y Virginia Prosdocini, designados por el Instituto Nacional de Salud Mental se refirieron a las diferentes corrientes conceptuales que han influido en la psiquiatría argentina y presentaron una reseña de la preparación de un diseño de investigación epidemiológica que abarcará el país en su totalidad sin omitir sus multifacéticas variables, para lo cual se ha integrado un equipo conformado por geógrafos, arquitectos, urbanistas, antropólogos y sociólogos en colaboración con el Departamento de Estadística y Epidemiología Psiquiátrica del Instituto Nacional de Salud Mental, el que procedió a realizar un muestreo intencional de zonas que permitiera un análisis coherente de la enfermedad mental y sirviera para fundamentar modelos operativos de prevención primaria, secundaria y terciaria aplicables a distintas regiones de la República Argentina, la elección se orientó fundamentalmente por la clasificación de Areas Sociales estructuradas sobre la base de importantes datos con respecto a demografía, nivel socio-económico, ocupación, educación, movilidad, participación social, vivienda, etc.; la zonalización del interor se hizo teniendo en cuenta

el hecho geográfico, el tipo de trabajo del que viva la mayor parte de la población, la división en macro y micro regiones, la existencia de zonas industriales y grupos humanos marginales, y las facilidades de abordaje para su estudio. Se eligieron de este modo 22 regiones en las que a la vez que se realiza una labor de investigación se trabaja en los tres niveles de la prevención psiquiátrica: Primaria, que comprende la reducción de la incidencia de la enfermedad mental en una población en un período dado; Secundaria, que trata de acelerar la remisión de los casos existentes por medio del diagnóstico precoz y el efectivo tratamiento y Terciaria, que comprende la rehabilitación en gran escala de los enfermos mentales para hacerles recuperar lo más rápido posible su capacidad productiva en su más alta expresión.

Por la tarde el Dr. Eugene Brody, invitado especial y representante de la American Psychiatric Association, dictó una conferencia acerca de la Metodología en los estudios transculturales y se presentaron los siguientes trabajos: Encuestas sintomatológicas de la imagen corporal en supuestos sanos: Drs. Héctor Fontanarossa y Carmen Veiga y Trab. Soc. Esther Boggi y Nilda Bianchi, Morbilidad Mental en una villa de emergencia: Drs. Roberto E. Cowes y Leonor Segall, Epidemiología de la enfermedad mental en Latino-américa: Drs. Vicente Sánchez y Patricio Montalva, el Censo psíquico de las poblaciones y su importancia en la Epidemiología psiquiátrica: Dr. Juan Dalma, Perfiles diagnósticos tipo de M. M. P. I. en pacientes psiquiátricos y de clínica médica: Lic. María de Zubieta y col., Importancia de las migraciones en la epidemiología psiquiátrica: Drs. Roger Montenegro y Eugenio López de Gomara.

Cuarto Tema Oficial: ESTADO DE LA PSIQUIATRIA EN LA REPUBLICA ARGENTINA

Los relatores designados por la Comisión Argentina Asesora en Salud Mental, Drs. Oscar D'Amato y Héctor Villar se ocuparon del tema: El estado de la psiquiatría asistencial en la Argentina a través de la exposición de las características generales de la República Argentina, su demografía, los problemas de la salud en general, el panorama psiquiátrico argentino, el desarrollo de la asistencia psiquiátrica en los últimos años y un programa de posibles soluciones para la adecuada asistencia psiquiátrica en la República Argentina, en el que se hace hincapié en la planificación adecuada de los servicios de salud mental dentro del contexto del plan nacional de salud pública, la modernización de los hospitales psiquiátricos existentes, la creación de pequeñas unidades asistenciales como consultorios externos, dispensarios, centros de salud y servicios de psiquiatría en hospitales generales, estudiar la posibilidad de sectorización de las grandes cuidados, y promover la enseñanza psiquiátrica en los diferentes niveles y las medidas de prevención de la salud mental.

Los Drs. Juan Mengoni, Mario Sbarbi y Carlos Sisto, designados por la Liga Argentina de Higiene Mental, se ocuparon de: El estado de la psiquia-

tría preventiva en la República Argentina, incidiendo en las condiciones socio-económicas del país, hicieron una reseña del desarrollo histórica de la salud mental en cuanto a la formación de personal; la investigación, campo en que se distingue la labor realizada por instituciones estatales como el Instituto Nacional de Salud Mental y la Dirección de Educación Sanitaria del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública y organizaciones no gubernamentales como el Comité Argentino de Educación Sanitaria de la Población y la Liga Argentina de Higiene Mental; en el nivel asistencial han tenido relievante significación la creación de servicios de psiquiatría o psicopatología de los hospitales generales, el reciente funcionamiento del Hospital de Día del Hospital Nacional Neuropsiquiátrico, los centros psiquiátricos infantiles y las escuelas diferenciales para niños atípicos; la tarea de educación sanitaria y difusión se ha desarrollado por medio de actividades simultáneas o sucesivas de dichos organismos, destacándose las Conferencias anuales de asistencia psiquiátrica, los simposia provinciales, las jornadas de salud mental, cursos, etc. y en cuanto a publicaciones el principal vehículo ha sido la Revista Latinoamerican de Salud Mental, a parte de otras publicaciones privadas. Finalmente se recomienda la creación de Consultorios externos y dispensarios en los hospitales generales, enfatizar la higiene materno-infantil, la formación de educadores expertos en salud mental y la preparación en salud mental de los médicos generales, impulsar la investigación y propender a coordinar la acción estatal y la privada.

El estado de la docencia psiquiátrica en la República Argentina fue abordado por los Drs. Exequias Bringas Núñez y Gregorio Bermann, designados por la Federación de Médicos Psiquiatras de la Argentina; el primero de ellos se refirió a la enseñanza de la psiquiatría para los estudiantes de medicina en las diferentes universidades y la enseñanza para especilistas en psiquiatría, concluyéndose que si bien la primera puede considerarse satisfactoria en todo el país, la segunda es deficiente en el interior, teniendo solamente la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires organizado un curso regular y completo de formación psiquiátrica en un período de dos años, desde el próximo año la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Cuyo tendrá a su cargo un curso de tres años de duración organizado por el Instituto Nacional de Salud Mental, este mismo ha creado dos becas para los cursos que se dictan en el Hospital Neuropsiquiátrico, además existen diversas entidades privadas y asociaciones científicas que desarrollan cursos de formación psiquiátrica general y de psiquiatría diferencial. Por lo anotado, se hace necesario la organización por parte de las diferentes Facultades de cursos regulares y completos con una duración de dos o tres años, la propicia creación de becas para aquellos profesionales con vocación y aptitudes y sugerir la conveniencia de reglamentar el ejercicio de las especialidades médicas.

El Dr. Bermann se refirió a los notables cambios que ha sufrido el ejercicio de la psiquiatría y de la medicina en general, habiéndose aquella convertido en una de sus tres ramas fundamentales conjuntamente con la cirugía y la clínica, esbozó una serie de planteamientos ideales para una me-

jor enseñanza, debiendo a los estudiantes de medicina informarse acerca de los síndromes más frecuentes, la conceptualización del paciente como una persona que vive su enfermedad, los mecanismos y dinámica de su conducta y reacciones y las condiciones sociales en que se desenvuelve, su matriz familiar, los diferentes ambientes colectivos en que vive y actúa. Mientras que en la enseñanza de postgrado se debe ofrecer el vasto panorama de la psiquiatría contemporánea, estimulando la elección de alguna de sus múltiples ramas, en la Argentina se asiste a dos fenómenos que dislocan y distorsionan el sentido de la atención psiquiátrica, la tendencia a la dedicación a tratamientos psicoanalíticos de un reducido y diferenciado grupo de pacientes y la concentración de psiquiatras y psicoterapeutas en el gran Buenos Aires, donde ejercen el 61% para sólo el 15% de la población total.

En las sesiones de la tarde se presentaron los siguientes trabajos correspondientes a este tema: Hospital y comunidad: Dr. Pablo Rispo, Prof. Nelly de Padovan, Silva de Notrica y Yolanda Patacini. Estructuración y funciones de los Servicios Psiquiátricos de los Hospitales Generales: Drs. Ronaldo Ucha Udabe, Norberto Kertess y Jorge Savarragnan, Resultados de una encuesta respecto a la repercusión familiar de los casos de oligofrenia: Drs. Manuel Escobar y Salomón Paz, Proyecto para un sistema de Servicios integrados en Salud Mental en el área de Avellaneda: Dra. Sylvia Bermann y col., Individuación en Terapia Ocupacional: Ter. Ocup. Celina Tumarit, Drs. Pablo Rispo y Carlos Collazo, A propósito de la Psiquiatría Asistencial en la Provincia de San Juan Dr. Sagarra Zubcoff, Rol que juega el Servicio Social en el logro de la individualización: Trab. Soc. Dania Gonzales y Drs. Pablo Rispo y Carlos Collazo, Estudio piloto de una comunidad: Drs. José Bleger, Sonia y Armando Bauleo, Experiencias en una Institución de orientación psicodinámica: Drs. Mauricio Knobel y Jaime Szpilks, Protección de la Salud Mental en una comunidad: Dra. Eva Giberti, Participación del Psicólogo en instiuciones de Salud Mental: Mauricio Knobel, Nora Russo, Alcira Greco de Iuliano, Elba Ordóñez de Mosca y María Bethi, Higiene Mental: un nuevo rol para el Psicólogo Comunal· Drs. Enrique Pichón Riviere y Lic. Toba de Fundia, Prejuicio y Salud Mental: Dr. Roberto García Taucer, Críterios de Salud en Higiene. Mental: Lic. Toba de Fundia y Leslie Phillips.

Quinto Tema Oficial: PSIQUIATRIA SOCIAL

El Dr. Raimundo Masías, relator designado por la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, inició su ponencia, titulada Aspectos Psicosociales del Grupo Familiar en Latino-América, enfocando la realidad del hombre como una entidad bio-psico-social, aspectos que se integran combinando sus acciones e influyéndose recíprocamente en forma tal que la respuesta a su ambiente es la de un organismo unitario que posee elementos presentes internos y externos (impulsos y circunstancias), pasados (experiencia e historia) y futuros (planos y proyección de metas); por otra parte el hombre, afirmó, es un ser que se abre a los otros, un ser que es jus-

to con otros y en movimiento constante hacia ellos, en el que se destaca su fundamental relación binomial simbiótica con su madre. En nuestras sociedades originalmente rurales y agrícolas los procesos de industralización y urbanización van impactando y deformando los patrones sociales, en particulares ejercen un marcado cambio en el rol parental, en donde el padre va convirtiéndose en una figura ausente que diluye el saludable interjuego de funciones paternas y maternas, masculinas y femeninas, que permitan una clara identificación de cada uno de los miembros del núcleo familiar, determinando más bien en los hijos una marcada ambivalencia: por un lado el rechazo de toda forma de autoridad, del principio paterno del orden y la disciplina y por otro lado la búsqueda, a veces angustiosa, de la figura providencial, poderosa y protectora que resuelva nuestros problemas y nos salve del caos y de la incertidumbre, todo lo cual acentúa nuestra profunda estructura matriarcal; es necesario, en este sentido, intentar investigaciones de rigor científico que confirmen o rectifiquen estas impresiones y con este propósito y siguiendo los trabajos precursores del Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales fundado por los Drs. José Angel Bustamante, de Cuba, Carlos Alberto Seguín del Perú y Guillermo Dávila de México, hemos diseñado una investigación psico-social de dinámica familiar en colaboración con los Drs. Guillermo Dávila, Carlos Tornero, Isidoro Galván y la Prof. Ana María Flores para estudiar la estructura de carácter social y los cambios en el individuo que pueden determinarse por la influencia del vivir en una unidad habitacional para obreros que ganan el salario mínimo (Unidad Legaria del Instituto Mexicano de Seguro Social en la ciudad de México) para lo cual se tomó una muestra representativa (244 familias) y para validar y comparar resultados se tomaron dos grupos testigos uno de ellos de similares características al anterior diferenciándose únicamente en que no viven en dicha unidad y el otro en que sus componentes no gozan de los beneficios del seguro no trabajan en la misma empresa. La riqueza del material recogido ha permitido agregar nuevos temas a los fines de la investigación inicial, uno de estos aspectos y sin duda alguna de los más importantes es el de la dinámica familiar en el que se ha enfatizado el estudio de los diferentes roles de sus miembros (rol de procreación familiar, rol de orientación familiar, etc.) y las relaciones con las agencias socio-culturales, los modos de relación y asimilación, las categorías dinámicas primarias y secundarias, etc. Finalmente se hace referencia a la aplicación del mismo esquema de investigación en la clínica tomando el material del Departamento de Psiquiatría del Hospital General del Centro Médico la Raza de la ciudad de México, donde se acaba de concluir el estudio de la dinámica familiar de niños hospitalizados en grave estado de desnutrición y se están realizando los estudios de los casos de niños con neurodermatitis y niños con enuresis, en los que se piensa que la conflictiva familiar tenga una influencia fundamental y los casos de niños con deficiencia mental y con problemas de paladar hendido, dificultades que posiblemente repercuten en la dinámica familiar.

Por la tarde se presentaron los siguientes trabajos: Aspectos psico-sociales del grupo familiar en Latinoamérica: Drs. Héctor Fontanarrosa y Carmen Veiga, Problemas de adaptación de la familia desplazada: Dr. Nasim Yampey, Asistencia de grupos familiares en un centro médico: Dr. Armando Bauleo, Grupos espontáneos de bebedores: observaciones dinámicas: Drs. Pedro Bautista Zavala y Rubén Ríos Carrasco, La estructura del grupo familiar como parámetro en un estudio de comunidad: Dr. Edgardo Rolla, Alcoholismo y Lenguaje: Drs. Rubén Ríos Carrasco y Pedro Bautista Zavala, La vivienda y su relación con la salud mental: Arq. Matías Mosés y y Aux. de Psiq. Paulina de Mosés, La asistencia psiquiátrica en relación con el medio: Arq. Alberto Fortesa y Dr. José Veitzman, Influencia de los factores socio-económicos sobre el desarrollo de la personalidad pesquisados con el psico-diagnóstico de Rorschach: Drs. Cristina Melgar, Adela Raffo y E. V. del Campo.

A modo de cierre del Congreso. y teniendo como tema la Psicofarmacología se realizó una mesa redonda xtraordinaria que contó con la participación de los Drs. Edmundo Fisher y Dionisio Nieto, quienes refirieron los adeen la investigación experimental de los efectos de diversos psicofármacos en especial de los alcaloides alucinógenos y de la identificación de nuevas sustancias en el suero de pacientes esquizofrénicos crónicos.

En las reuniones institucionales se eligió la nueva Directiva de la Asociación Psiquiátrica de América Latina que quedó conformada de la manera siguiente: Presidente: Dr. Gregorio Bermann (Argentina), Vice-presidente: Dr. Humberto Roselli (Colombia), Secretario General: Dr. Carlos Lucero Kelly (argentina), Tesorero: Dr. Clovis Martins (Brasil), Vocales: Dr. Arnaldo Cano (Perú), Dr. Rubén Rendón (Venezuela), Dr. Dionisio Nieto (México), Dr. Agustín Carrizosa (Paraguay) y Presidente Pasado: Dr. Guillermo Dávila.

Se acordó nombrar un comité Consultivo integrado por los ex-presidentes Drs. Jesús Matta de Gregorio de Venezuela, Carlos Alberto Seguín del Perú, Guillermo Dávila de México y designar como sede del V Congreso Latino Americano de Psiquiatría, a llevarse a cabo en 1968, la ciudad de Bogotá, capital de Colombia.

VI CONGRESO LATINOAMERICANO DE SALUD MENTAL

En solemne ceremonia que contó con la Asistencia de los representantes de los diferentes países de Latino América, se dió inicio al VI Congreso Latinoamericano de Salud Mental con las palabras de bienvenida del Dr. Mario S. Sbarbi de la Argentina, Presidente del Congreso, y la presentaciónó de la Ponencia Oficial: Actitudes de la Comunidad frente a los problemas de Salud Mental en América Latina, a cargo de los Drs. Baltazar Caravedo y Arnaldo Cano del Perú. quienes indicaron que sólo se ofrecía un bosquejo destinado a señalar lo más significativo y general de un trabajo de amplio alcance que será presentado por los delegados de los países integrantes de la Asociación, siendo la principal finalidad de este relato suscitar el intercambio

de informaciones y opiniones que habrán de servir para confrontaciones ulteriores, los objetivos de la investigación aludida son detectar los niveles y formas de conocimiento de una muestra de población urbana acerca de la salud mental en general y, en particular, de la deficiencia mental y, además procurar una información susceptible de comparación entre diversos países. El procedimiento empleado ha sido el de un cuestionario de respuestas abiertas que ha sido aplicado en forma individual y anónima en muestras elegidas en diferentes ciudades de América Latina, luego de la elaboración de un código para su calificación se ha realizado la tabulación respectiva, la confección de tablas y cuadros y la elaboración estadística elemental. Los autores presentaron los resultados obtenidos en forma suscinta aunque permenorizada, comentando algunas dificultades habidas y las rectificaciones que deberían adoptarse en el material para obtenerse una serie de informaciones valiosas.

Se concluye con la recomendación de que cada representante asuma la rsponsabilidad de hacer el estudio completo del material obtenido en su país y que luego una comisión de expertos realice el trabajo comparativo complementario, lo cual justificaría este esfuerzo que denota el nuevo espíritu de investigación vigente en América Latina, que superando límites personales y fronteras regionales podrá realizar lo más noble de nuestra condición humana, cual es el de servir a los demás.

En la mañana del día siguiente se realizaron discusiones de pequeños grupos y la presentación de algunos trabajos relacionados con la Salud Mental en la América Latina.

Rubén Ríos Carrasco
Secretario de Redacción de la Revista de Ciencias Psicológicas y Neurológicas.

REVISTA DE REVISTAS

EL ESPANTO: SUS IMPLICACIONES PSIQUIATRICAS

LEON, CARLOS A. Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. I, Nº 5. Pág. 195-202, Agosto 1966.

Definiendo el "espanto" como una amplia variedad de dolencias y trastornos que afligen a la población infantil y, excepcionalmente, a personas adultas y cuyas características principales son: la iniciación brusca a partir de un incidente real o supuesto, el curso progresivo hacia la muerte cuando la enfermedad es abandonada a su propia evolución, la ineficiencia de la medicina facultativa para diagnosticar la dolencia, modificar los síntomas o alterar su curso y la respuesta favorable al uso de procedimientos mágicos aplicados oportunamente; el autor hace un análisis de su distribución y la incidencia de factores predisponentes; en cuanto a la etiología considera como elementos de alta significación el "susto", el "ojeo", el "mal de aire", el "hechizo" o la "brujería", la influencia de los "malos humores", el castigo y los "fantasmas" y "aparecidos"; señala, en la patogenia, que el consenso general señala que el "espanto" penetra a través de los orificios naturales o la superficie corporal y se dirige paulatinamente al corazón; describe las manifestaciones clínicas que son muy variadas, subrayando un nucleo sintomático indicativo del mal: irritabilidad, llanto fácil, astenia, anorexia, insomnio, crisis de angustia, y trastornos vegetativos y gastrointestinales; siendo el método terapéutico universal el procedimiento de la "limpiada", que describe con lujo de detalles, siendo sus resultados variables; existen, además, ciertos procedimientos preventivos como la evitación de todo lo que asusta al niño, apartarse de personas desconocidas y no aceptar ningún regalo de ellas, el uso de pequeños amuletos en forma de brazaletes o collares que protejan del "ojeo", el tocamiento de objetos de acero para prevenir el "hechizo" y el empleo del agua bendita en los sitios donde se sospecha la existencia de "mal de aire" o donde rondan espíritus malignos o aparecidos. Finalmente, el comentario gira en torno de dos vertientes interpretativas: la antropológica y la médica, desde este punto de vista se señala la posibilidad de corresponder el "espanto" a diferentes entidades como la Reacción ante stress masivo, Reacciones de ajuste de la niñez y Reacciones psiconeuróticas depresivas, angustiosas o depresivo-angustiosas y el hecho de que desde el pun-

to de vista psiquiátrico, el proceso terapeútico permite tantas explicaciones como marcos de referencia conceptuales utilicemos; así de acuerdo a la teoría del aprendizaje la ceremonia terapeútica expondría al paciente a una reedición de la situación traumática original bajo situaciones controladas en las cuales el niño cuenta con la inmediata protección de figuras benévolas; visto en un contexto psicoanalítico, la ceremonia de la "limpiada" sería equiparable y podríamos identificar todos los elementos propios de la psicoterapia de soporte; con un criterio reflexológico podríamos considerar el cuadro como un proceso de "inhibición transmarginal" susceptible de curar por medio de la abreacción; además del cual intervendría un fuerte refuerzo terapéutico por parte del grupo familiar desde que el método implica un fluido intercambio entre el paciente, el curandero, el grupo y el mundo de lo sobrenatural; el principio de la "inhibición recíproca" también podría explicar el proceso curativo y, finalmente, el concepto de efecto placebo movilizado por la espectativa de curación y reforzado por fenómenos de sugestión de grupo en un ritual cargado de simbolismo y tradicionalmente acatado, sería suficiente para justificar el éxito terapeútico.

Rubén Ríos Carrasco

PSICOPATOLOGIA DE LA INTOXICACION EXPERIMENTAL POR LAS SALARIAS GIGAS

ZAMBRANO, MANUEL. Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. I, Nº 5, Pág. 249-255, Agosto 1966.

Luego de una reseña acerca de la experimentación con drogas psicótropas, en la que se puntualiza la contribución peruana, el autor presenta una comunicación preliminar acerca de la intoxicación experimental con la infusión del pez conocido popularmente en el Perú con el nombre del "borracho" o "chalaquito" y cuya denominación científica es de Salarias Gigas, Scartichthys o Alticus Gigas, para lo cual se empleo un grupo de voluntarios compuesto de dos psiquiatras y cinco universitarios, a los que, previo examen psicológico, clínico y bioquímico, se les administró una infusión de siete peces por toma, ingerida por via oral en las primeras hores de la noche siendo sometidos a una observación ininterrumpida de cinco horas como mínimo y entrevistados los dias subsiguientes; además, todos ellos redactaron una catamnesis y se les aplicó algunos tests antes y en el decurso de la experimentación (la prueba de los proverbios, retención de dígitos, fluidez verbal y operaciones simples de cálculo); el método empleado ha sido la descripción fenomenológica y en el análisis de los resultados se han considerado las cuatro fases clásicas: la inicial o prodrómica, el acmé de la intoxicación, la declinación de los efectos y la franca recuperación, señalándose como importantes hallazgos fisiológicos: baja de la tensión arterial, disminución de la frecuencia cardiaca y respiratoria y aumento del diámetro pu-

pilar; en cuanto a los trastornos psicológicos, que se estudian minuciosamente, se subrayan las alteraciones de la sensibilidad general de la quinestesia, la deformación de la expresión ajena, las pseudopercepciones, particularmente las ilusiones y las visiones fantásticas; dificultades en la capacidad productiva y lentificación en el curso del pensamiento, pensamiento confuso e inhibido, cambios en el estado de ánimo y estados afectivos particulares; trastornos del sueño, mengua de la actividad voluntaria, perturbaciones en la memoria de fijación, elevación del umbral de la atención, ilusión acerca de la duración de lo vivido, entorpecimiento, somnolencia y embotamiento embriaguez, estrechamiento del campo de la conciencia y estados oniroides.

Rubén Ríos Carrasco

LA TERCERA REVOLUCION PSIQUIATRICA Y EL ALCANCE DEL PSICODRAMA

MORENO, JACOBO LEVI, Cuadernos de Psicoterapia Nº 1, Pág. 5-28 Setiembre, 1966.

El autor, luego de señalar las circunstancias históricas y el ámbito cultural en que se desarrollaron las tres revoluciones psiquiátricas, la del siglo XVIII simbolizada en Philippe Pinel, la del siglo XIX que comprende el desarrollo de la psicoterapia desde Mesmer hasta los lideres del movimiento psicoanalítico y la de nuestro siglo expresada en el tríptico: Sociometría, Psicoterapia de Grupo y Psicodrama; distingue que la primera estaba centrada en la estructura hospitalaria, la segunda en el problema del psiquis y la última en la comunidad y el mundo; siendo los conceptos fundamentales, respectivamente, la libertad y la emancipación, el inconsciente y la espontaneidad y la creatividad. Considera precursores de la tercera revolución psiquiátrica a Marx Kierkegaard, Nietzche y Bergson, desde que sus obras constituyeron un preludio de los métodos de grupo y de acción; distingue varias facetas de esta revolución: a) psicofisiológica, de la que fueron pioneros Pavlov y Berger con el reflejo condicionado y el electroencefalograma, b) psicofarmacológica con Sackel, Cerletti, Hoffman y Delay, entre otros, por el desarrollo de la insulinoterapia, el electroshock, los tranquilizantes y los alucinógenos, c) psicotecnológica, representada por los viajes espaciales, la cibernética, la automatización y los métodos de control de la natalidad; d) los medios de comunicación masivos: radio, cine, televisión y su incidencia en la conducta del individuo y de las masas, y e) el desarrollo de los métodos grupales y de acción, que propiciaron el advenimiento del concepto de sociatría, es decir de la ciencia que se ocupa de la normalidad y de la patología de grandes masas de individuos, de comunidades enteras, naciones, y, quizás, en el futuro, el mundo entero. Más adelante el autor se refiere al origen histórico del Psicodrama, la Psicoterapia de Grupo y la Sociometría, los cuales conforman el Sistema Tríptico, que descubrió que la interacción de los individuos

en grupos tiene potencial terapéutico, esta interacción terapéutica (un hombre es agente terapéutico de otro) encontró una base sólida de la objetivación sociométrica, por otra parte permitió que se arribe a la conclusión de que los mayores beneficios se logran por medio de los métodos de acción, es decir el psicodrama terapéutico, el psicodrama in situ y el entrenamiento de la conducta; los métodos experimentales de grupo y de terapia accional no prosperan en los laboratorios universitarios, necesitan comunidades abiertas donde los elementos fundamentales sean el cuerpo visible en el espacio, el aquí y el ahora, la vida real en el momento, in situ, el grupo, la acción y la interacción el actuar, la catarsis accional y social. Según este afronte el hombre es más que un ser psicológico, social o biológico, es un ser cósmico y por lo tanto ligado al universo que es creatividad infinita. La creatividad, es pues, el problema del universo, el problema de la existencia, el problema de todas las religiones y de todas las ciencias, es el problema de la psicología, de la sociometría y las relaciones humanas; pero la creatividad no es categoría mística, aristocrática, estética o teológica, está en las formas de existencia más transitorias y en las eternas, se produce en el aquí y ahora, se manifiesta en los estados creativos o en los actos creativos y pertenece a la categoría de la sustancia primera, es lo elemental sin connotaciones especiales, es el alma de toda existencia; por lo que, cuanto más creativa sea una persona más problemas podrá resolver y podrá estructurar mejor su futuro; el catalizador de la creatividad es la espontaneidad, que puede ser definida como un grado variable de respuestas adecuadas ante una situación con un grado variable de novedad, el cual debe ser calificado por su adecuación in situ; mientras que las conservas culturales aspiran a ser el producto terminado del proceso creador y como tales han asumido un carácter casi seguro, es decir, son el epítome del irreversible impulso del hombre hacia la inmortalidad, algunas son tan valiosas que pueden convertirse en objetos de adoración en sí mismas y ser ignoradas en lo positivo que ellas significan como estímulo de la espontaneidad y caldeamiento para la vida cuotidiana creativa, sucede pues que la creación espontánea, por suprema que sea deja de serlo cuando ha perdido, su actualidad; así los gigantescos cerebros electrónicos, producto de las conservas culturales, son poseedores de colosales respuestas condicionadas pero carecen de la ingenuidad de la inspiración creativa y la reciprocidad espontánea ante situaciones inesperadas, una respuesta condicionada produce un solo patrón de comportamiento en tanto que el caldeamiento involucra la preparación para un acto así como su estructuración. La personalidad no creativa es pues muy parecida al robot, en cuanto este conserva reacciones estereotipadas frente a ciertos estímulos dados pero es incapaz de crear situaciones nuevas y el ser humano no sólo debe enfrentar situaciones nuevas, sino también crearlas. El autor sostiene que la manifestación objetiva y mensurable de la espontaneidad es el proceso de caldeamiento, el que se puede producir en varias direcciones: en situaciones significativas para el autor, pudiendo ser el mismo u otra otra persona el iniciador, pudiendo retratar a otra persona que esté íntimamente relacionada con él o simplemente un conocido, o el director pedir a los estudiantes que simulen situaciones de diversa índole que les permitan

representar diferentes roles. Uno de los efectos del entrenamiento de la espontaneidad y el caldeamiento es la catarsis mental que asume significaciones propias en el psicodrama, entre los que se destacan: a) el actuar, es decir el insight por la acción, el cambio por la acción, el entrenamiento por la acción, b) la catarsis del actor versus la catarsis del espectador, c) en contraste con la catarsis de abreación, la catarsis de integración, y d) la catarsis por medio del actuar, seguida por la propia interpretación, en contraste con la catarsis por medio de la asociación libre seguida de la interpretación del terapeuta.

Luego de interesantes disquisiciones se plantea una definición de la espontaneidad en cuanto forma de energía que emerge y es utilizada en el momento, que debe emerger para ser usada y debe ser usada para dar lugar a la emergencia, como, la vida de algunos animales que nacen y mueren en el acto del amor; pero el hombre teme a la espontaneidad y lo seguirá haciendo mientras no aprenda a ejercitarla; la otra definición que se plantea es el de la ansiedad en cuanto separación del individuo del resto del universo y por lo tanto resultado de la incomunicación, es decir del desamparo y de la muerte, siendo que el primer paso hacia el universo es el encuentro, más propiamente dicho el **Begegnung** que significa confrontación o enfrentamiento, contacto de cuerpos, oposición y lucha, ver y percibir, tocar y penetrar en el otro, compartir y amar, comunicarse de manera primaria, intuitiva por medio del lenguaje, los gestos, el beso o el abrazo, llegando a ser uno-una cum uno Begegmung expresa pues que dos o más personas se encuentran no sólo para mirarse o enfrentarse, sino para vivirse y experimentarse como actores, cada uno en su propio derecho, no es sólo el lazo emocional, intelectual o científico, es el encuentro en el más intenso nivel de comunicación, es la realización propia a través del otro, es identidad, la experiencia rara e inolvidable de la reciprocidad total; en tal sentido la reciprocidad télica propone que A y B son una unidad interaccional y cooperacional, son dos partes de un mismo proceso aun cuando ocasionalmente se encuentren en distintos puntos del espacio y del tiempo, por lo tanto la sensibilidad télica es un proceso en dos sentidos, es mutua y recíproca, común a todos los encuentros y que puede ser cultivada para su empleo en fines socialmente beneficiosos, siendo particularmente importante en la producción psicodramática, que teniendo en cuenta que los grupos naturales tienen un comportamiento diferente a los de extraños, desde que los miembros de los primeros tienen una matriz común de entendimiento silencioso, tienen un pasado común, esperan un futuro común y comparten su vida es como si hubieran desarrollado una larga e intrincada cadena de estados co-concientes y co-inconcientes. Finalmente se plantea la inversión de roles como una técnica de socialización e integración, un recurso de incalculable valor en la enseñanza y el aprendizaje que inclusive se puede utilizar como corrector de conductas antisociales, siendo más efectiva cuanto más próximos estén los individuos, psicológica, étnica o socialmente y tiende a la mejor percepción de los roles y a disminuir la dependencia.

constituyendo de este modo uno de los mejores caminos para lograr la espontaneidad.

Rubén Ríos Carrasco

EL CARACTER REVOLUCIONARIO

FRAOMM, ERICH. Revista de Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología, Vol. I. No. 3, Pág. 25-35, Mayo-Agosto, 1966.

El autor luego de referirse a la introduccióon del concepto de carácter político en la psicología, entendiéndose que la estructura de carácter decide qué clase de idea escogera el individuo y la fuerza que dicha idea tenga; delimita las diferencias entre comportamiento y carácter en el sentido diná-
mico freudiano, destacando que obviamente el carácter revolucionario no es
una persona que participa en revoluciones, ni es un rebelde, ni es un faná-
tico; señala las exageraciones y confusiones que han devenido del mal y
muy frecuente empleo del término "revolucionario", para fijar como carac-
terísticas fundamentales del carácter revolucionario, la independencia, es
decir la libertad; en realidad este problema de la independencia es el as-
pecto más fundamental del desarrollo humano, a condición de que se le apre-
cie en toda su profundidad y alcance, desde que el estado de indefensión
prolongada del ser humano si bien es una de las bases de su desarrollo
enseña también al niño a apoyarse en el poder y a temerlo, estando éste re-
presentado en su doble aspecto: el de ayudar y el de castigar, delegado en la fi-
gura de los padres, hasta la realización del acto sexual en el cual el joven
individuo depende por completo de sí mismo; pero la libertad y la indepen-
dencia plenas sólo existen cuando el individuo piensa, siente y decide por
sí mismo, y sólo puede hacerlo, verdaderamente, cuando ha alcanzado una
relación fecunda con el mundo exterior que le permite responder auténti-
camente, son pues realizaciones de la personalidad y no sólo emancipación
respecto de la coerción; siendo así que el problema de cada individuo es
precisamente el del grado de libertad que ha alcanzado; el individuo total-
mente despierto, productivo es un hombre libre, porque puede vivir autén-
ticamente siendo su propio yo la fuente de su vida, no significando ello ais-
lamiento, sino mas bien identificación con la humanidad, trascendencia de
los límites de su propia sociedad y capacidad de criticarla desde el punto de
vista de la razón y el humanismo; el caracter revolucionario piensa y siente
con ánimo crítico, es decir no se verá particularmente inclinado a creer cual-
quier cosa que la mayoría proclame y mas bien asumir una actitud de ra-
zonado escepticismo, por otra parte tiene una relación especial con el poder.
no es un soñador que pretende ignorar que el poder puede matarnos, obli-
garnos e inclusive pervertirnos, pero para él el poder nunca se santifica, nunca
asume el papel de la verdad o el de lo moral y bueno; siendo por lo tanto
una persona capaz de desobediencia, concepto en sí dialéctico ya que todo
acto de desobediencia es un acto de obediencia y viciversa o mas bien una

suerte de elección existencial. En nuestro siglo el poder del sistema industrial moderno ha creado al hombre-organización, es decir un sistema de vastas burocracias que insisten en el funcionamiento uniforme de aquellos a los que controlan mas bien mediante la manipulación que mediante la fuerza, así los dirigentes de estas burocracias pretenden que esta sumisión es voluntaria y tratan de persuadirnos que nos gusta hacer lo que se quiere que hagamos; el hombre-organización no es de los que desobedecen, ni siquiera saber que está obedeciendo, no es más que uno en la muchedumbre, es "mentalmente equilibrado", piensa y hace aquello que es "razonable" inclusive si esto atenta contra él y sus seres más queridos, es por ello que es muchísimo más dificil cultivar hoy el caracter revolucionario que en épocas pasadas; finalmente el individuo actual está mortalmente asustado ante el poder de la enorme burocracia, ante la enormidad de todo: de la burocracia estatal, de la burocracia industrial, de la burocracia de los sindicatos, etc. y no sólo está asustado sino que se siente inmensamente pequeño. En resumen, dice el autor, no somos revolucionarios en este sentido caracterológico porque pronunciemos frases revolucionarias o porque tomemos parte en las revoluciones. El revolucionario, en tal sentido, es el individuo que se ha emancipado de los vínculos de la sangre y del suelo, de madre y padre, de lealtades especiales para con el Estado, la clase, la raza, el partido o la religión. El caracter revolucionario es un humanista en el sentido de que siente en sí mismo toda la humanidad y de que nada humano le es ajeno. Ama y respeta la vida, es un escéptico y un hombre de fé.

Rubén Ríos Carrasco

EFECTOS DE LA ADMINISTRACION AGUDA Y CRONICA DE ETANOL EN EL NUCLEO DORSOMEDIANO Y OTROS NUCLEOS TALAMICOS

BORLONE, MARIA; BASTIAS, HUGO; PALESTINE, MARIO; MARCONI, JUAN. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Vol. XII, Nº 3, pág. 241. Set. 1966.

Los autores parten del supuesto de que el núcleo dorsomediano del tálamo participa en el mecanismo del miedo y de que en el alcoholismo intermitente el displacer o la angustia se calman con nuevas cantidades de droga lo cual condiciona el carácter imperioso de su ingesta, configurándose de este modo el síntoma "incapacidad de detenerse", y por otra parte de la demostración de los fenómenos de la privación en ratas. Trabajando con 19 gatos de ambos sexos, a los cuales les implantaron electrodos supradurales y subcorticales tanto monopolares como tripolares, se hicieron controles electroencefalográficos tanto espontáneos como con estímulos, observaciones generales en cuanto a la conducta y temperamento de cada gato, y se procedió a administrar etanol en forma aguda en 3 gatos y en forma crónica en 16 gatos. Previamente se incluyeron en el estudio el registro de otros núcleos talámicos. Los resultados fueron: 1) en los aspectos somáticos y conductuales

durante el suministro crónico de etanol: ataxia, hipoactividad y disminución de la reactividad, tendencia al sueño, temblores, piloerección; 2) durante la supresión de etanol: reperación progresiva de la actividad y reactividad, inapetencia, piloerección, hipo, afonía y temblores en la cola, actitud semiagazapada, agresividad, etc. 3) en las observaciones electrofisiológicas previas a la administración del etanol se observa la actividad de vigilia del dorso mediano con un trazado no muy regular ni rítmico, en franca alerta se hace regular y rítmico y durante al sueño tiende a asemejarse al trazado de la corteza. 4) durante y después de la administración del etanol, en algunos se vió aumento de la amplitud y regularidad de los ritmos del tálamo, en otros una tendencia a la actividad electrográfica del sueño que en uno llegó al coma, siempre se conservó la reactividad a estímulos auditivos o fóticos, también se presentaron descargas tipo epileptoide en los 3 períodos, 5) durante y después de la administración del etanol se vio conducta normal en unos y en otros inquietud; los efectos aparecieron a partir de 1cc., siendo máximos con dosis de 3 cc., de lo anterior se infiere que la ataxia es una alteración aguda a nivel de la interrelación cerebelo-cerebral; hay daño de tipo neurítico, deprivación de la formación reticular (coma-precoma) que participa en los fenómenos sensoriales-perceptivos, en la regulación neuroendocrina y en la regulación del sueño y de la vigilia.

El efecto más característico después de la ingesta de etanol fue el predominio de la actividad sincronizada (ritmo de baja frecuencia y alto voltaje) considerado como índice de represión de la formación y reticular activadora, tampoco el alcohol suprimió la fase de "sueño paradojal" o actividad onírica (en el hombre), quizás por lesión el alcohol pareción exacerbar las descargas epileptiformes en los casos agudos no así en los crónicos. El alcohol no provocó grandes cambios en los núcleos talámicos en especial en el núcleo dorsomediano. En lo que respecta a la "incapacidad de detenerse", se postula que en el hombre alcohólico habría una hiperexcitabilidad de las estructuras neuronales, frente a pequeñas dosis de etanol.

Pedro Bautista Zavala

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA ADAPTACION MATRIMONIAL DE ALCOHOLISTAS ACTIVOS Y CURADOS

NEGRETE, JUAN y MACPHERSON, A. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Vol. XII, Nº 3, Pág. 251, Set. 1966.

En este trabajo los autores han tomado la adaptación matrimonial como indicador en la evaluación de la salud psicológica y del funcionamiento interpersonal del hombre adulto y han considerado el alcoholismo como factor de disturbio en esta adaptación y al matrimonio como factor etiológico, precipitante o agravante o como factor de importancia en la rehabilitación. Se tuvo en cuenta que los alcoholistas graves o no se casaron o lo hicieron por

corto tiempo, y por otra parte que la mayoría de alcoholistas casados que acuden a la consulta lo hacen presionados por sus esposas o por algún conflicto matrimonial consciente; también se hace incapié en que algunos autores piensan que hay diferencia entre las dificultades de matrimonios con alcoholistas u otras parejas neuróticas. Se presenta el estudio de tres grupos de parejas: los alcoholistas curados, reclutados entre miembros de la Asociación de Alcohólicos Anónimos, en abstinencia no menor de dos años; los alcoholistas activos en actual tratamiento y un grupo testigo formado por familias amigas de un pastor; todos los matrimonios tenían una duración mayor de dos años; a las que se les aplicó la Escala de Adaptación Matrimonial de Wallace en sus 15 items más significativos, habiendose encontrado entre otros hallazgos que existen claras diferencias entre los tres grupos, ocupando los "curados" un lugar intermedio, es decir que si bien tienen una mejor adaptación que los "activos", no alcanzan el grado de adaptación del grupo testigo, pese a que no se controló previamente si estas parejas estaban bien adaptadas; siendo indudable que el alcoholismo afecta adversamente las relaciones matrimoniales.

Pedro Bautista y Alberto García

NOTAS DE ACTUALIDAD

NUEVA ESTRUCTURA DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Por expresa recomendación de la Comisión Pedagógica, el Consejo de Facultad acordó delimitar tres áreas de responsabilidad docente dentro del Departamento de Ciencias Psicológicas: la Asignatura de Psicología Médica, la Asignatura de Psiquiatría "A" y la Asignatura de Psiquiatría "B", las que fueron encomendadas a los Profesores Principales Drs. Carlos Alberto Seguín, Oscar Valdivia Ponce y Humberto Rotondo, respectivamente. Esta medida trajo como consecuencia la reestructuración de los equipos docentes y la contratación de nuevos profesores en las diversas categorías, tal como aparece en la contratapa de este mismo número.

COMITE DIRECTIVO

Dadas las disposiciones arriba anotadas se procedió, en la primera quincena de agosto, a la elección de los miembros del nuevo Comité Directivo del Departamento de Ciencias Psicológicas quedando conformado del siguiente modo:

Jefe del Departamento	Dr. Oscar Valdivia Ponce
Profesor Principal de Psicologia Médica	Dr. Carlos Alberto Seguin
Profesor Principal de Psiquiatría "B"	Dr. Humberto Rotondo
Prof. Asoc. Del. de Psicología Médica	Dr. Renato Castro de la Mata
Prof. Asoc. Delegado de Psiquiatría "A"	Dr. Sergio Zapata
Prof. Asoc. Delegado de Psiquiatría "B"	Dr. Fernando Samanéz
Delegado de los Prof. Auxiliares	Dr. César Delgado H
Delegado de los Jefes Instructores	Dr. Francisco Vásquez P.
Delegado de los Estudiantes	Srta. Eliana García Pacheco

Una de las primeras actividades del nuevo Comité fue la conformación del cuadro de Comisiones, el mismo que aparece en la sección correspondiente.

NUEVO JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

El Dr. Raúl Jerí Vásquez. Profesor Principal de la Asignatura de Neurología fue elegido por el Comité Directivo del Departamento de Medicina para ejercer la Jefatura de dicho Departamento por el presente año.

DELEGADO DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Cumpliendo con las disposiciones vigentes se realizaron las eleciones para Delegado de los Profesores Asociados ante el Consejo de Facultad habiendo resultado elegido el Dr. Max Arnillas Arana.

DOCTOR EN MEDICINA

El Dr. Carlos Gutiérrez Ferreyra luego de sustentar la tesis intitulada: "Contribución al conocimiento psiquiátrico del tuberculoso crónico hospitalizado en nuestro medio" que fuese aprobada por el Jurado constituído por los Drs. Carlos Alberto Seguín, Luis Cano Gironda y Raúl Jerí, obtuvo el grado de Doctor en Medicina del 13 de diciembre del presente año.

NUEVO REPRESENTANTE DE LA FACULTAD

En los primeros días de Julio el Dr. Oscar Valdivia Ponce, Jefe del Departamento de Ciencias Psicológicas, fue designado representando de la Facultad de Medicina ante el Consejo Superior de Salud Mental.

II SEMINARIO DE DIAGNOSTICO

Del 17 al 21 de octubre se llevó a cabo en Oslo, Noruega, el II Seminario de Diagnóstico organizado por la Organización Mundial de la Salud. Este Seminario reúne anualmente a doce expertos de todo el mundo con la finalidad de estudiar los problemas de diagnóstico en Psiquiatría y de revisar las diversas nomenclaturas de las enfermedades mentales, así en el I Seminario de Londres (1965) se revisó el capítulo de las Psicosis Funcionales y en el que comentamos, el problema de las Psicosis Psicógenas o Reactivas. El Dr. Humberto Rotondo, Profesor Principal del Departamento, en su calidad de miembro de ese núcleo de especialistas, participó en ambos eventos.

IV CONGRESO LATINOAMERICANO DE PSIQUITRIA Y VI CONGRESO LATINO AMERICANO DE SALUD MENTAL

Organizados por la Asociación Psiquiátrica de América Latina y la Asociación Latino-Americana de Salud Mental, se efectuaron los congresos de la epígrafe en la ciudad de Buenos Aires, del 22 al 29 de agosto del presente año, una amplia información aparece en la Sección Documentos. El Con-

sejo de Ministros por Resolución Suprema Nº 501, expedida el 23 de agosto de 1966 designó en calidad de Representantes Oficiales a dicho evento a los Drs. Baltazar Caravedo, Carlos Alberto Seguín y Rubén Ríos Carrasco. La Asociación Psiquiátrica de América Latina brindó a estos delegados un voto de reconocimientos por haber editado los Anales del Tercer Congreso.

IV CONGRESO MUNDIAL DE PSIQUIATRIA

Organizado por la Asociación Mundial de Psiquiatría, cuyo Comité Ejecutivo está integrado por los Drs. Ewen Cameron del Canadá, Presidente, F. Braceland de los stados Unidos, Vice-Presidente, Henry Ey de Francia, Secretario General, J. J. López Ibor de España y W. Sargant de Inglaterra, Adjuntos y P. Sivadon de Francia, Tesorero; se realizó en la ciudad de Madrid el IV Congreso Mundial de Psiquiatría, evento que congregó un crecido número de colegas de todos los países del mundo y en el que se trataron multitud de temas y aspectos de la psiquiatría actual. Entre los miembros de la, también, numerosa delegación peruana debemos mencionar a los Drs. Carlos Alberto Seguín, cuya ponencia se tituló "Valores Humanos en la Psicoterapia", Mariano Querol Lámbarry; "Los estrógenos en la terapéutica psiquiátrica", Alfredo Saavedra: "Forma Cenestopática de la Esquizofrenia", Federico Sal y Rosas: "El mal del corazón del folklore psiquiátrico del Perú", Humberto Rotondo y Carlos Bambarén Vigil: "Estado actual de la asistencia psiquiátrica en el Perú y sus perspectivas futuras", Pedro Aliaga Lindo: "Terapia evolutiva de un caso de psicosis maníaco depresiva a través del arte", Carlos García Pacheco: "La creación pictórica en los enfermos mentales", Javier Mariátegui: "Experiencia del tiempo detenido en la esquizofrenia' e Hilarión Tovar Narrea "La dinámica familiar de los estudiantes de medicina".

I SEMINARIO SOBRE REHABILITACION

Organizado por el Consejo Técnico de Rehabilitación, los días 29 y 30 de octubre se realizó en Huampaní el Primer Seminario sobre Rehabilitación, en el grupo que se encargó del estudio de los problemas psiquiátricos participaron los Drs. Humberto Rotondo Emilio Majluf, José Alva y Gustavo Vásquez Caicedo, miembros del Departamento de Ciencias Psicológicas, y los Drs. Federico Sal y Rosas, Manuel Almeida y Berna Alva.

REUNIONES CIENTIFICAS DEL DEPARTAMENTO

En el mes de julio el Dr. Herbert Nechin del Instituto William Alanson White ofreció conferencias al personal docente del Departamento de Ciencias Psicolóógicas, las que versaron acerca de "los aportes de la Escuela Sullivaniana a la Psiquiatría Moderna" y "los recientes estudios de la psiquiatria transcultural", esta última en la sede de la Asignatura de Psiquiatría B.

En el mes de agosto el Dr. Griffities Edwards disertó acerca de "los Adelantos en el tratamiento del alcoholismo", en el Paraninfo de la Facultad y acerca de sus "Experiencias en el tratamiento ambulatorio de pacientes alcohólicos", en la sala de conferencias del Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán".

En el mes de octubre los Drs. Carlos Alberto Seguín y Rubén Ríos Carrasco, presentaron su informe de los Congresos Mundial y Latino Americano de Psiquiatría, respectivamente.

En los primeros días de noviembre los Drs. Robert Campbell y Lawrence Kolb dictaron sendas conferencias acerca de "las Formas precoces de esquizofrenia" y "la Psicoterapia de psicóticos", mientras que el Dr. Jaime Rojas Bermúdez realizó tres sesiones de Psicodrama didáctico.

ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES DEL DEPARTAMENTO

El 6 de agosto el director teatral uruguayo Sr. Atahualpa del Ccioppo sustentó una charla acerca de "la Personalidad de Bertold Bretch y la Opera de Dos por Medio", días más tarde se realizó la lectura comentada de la obra "El Profeta" del poeta israelí Khalil Gibrón.

ACTIVIDADES DE LA ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA

En la Asamblea llevada a cabo el 18 de julio se eligió la nueva Junta Directiva que regirá los destinos de la Institución el período 1966-68, que quedó conformada del modo siguiente: Presidente: Dr. Humberto Rotondo Grimaldi, Vice-presidente: Dr. Oscar Valdivia Ponce, Secretario General: Dr. Carlos Carvajal Faura, Secretario de Actas: Dr. Víctor Huerta Mercado, Tesorero: Dr. Ethel Bazán Vidal, Delegado, ante la Federación Médica Peruana: Dr. Fernando Saba Casis y José Sánchez García, ante la Asociación Psiquiátrica Mundial: Dr. Carlos Bambarén Vigil, ante la Asociación Psiquiátrica de América Latina: Dr. Arnaldo Cano Jáuregui.

La sesión de instalación se efectuó el 12 de agosto, habiendo sustentado en dicho acto una conferencia acerca del alcoholismo, el Dr. Griffities Edwards del Mausley Hospital de Londres.

ANALES DEL TERCER CONGRESO

En los primeros días del mes de agosto se empezaron a distribuir los Anales del Tercer Congreso Latino Americano de Psiquiatría llevado a cabo en octubre de 1964 en nuestro país, su edición estuvo a cargo de los Drs. Carlos Alberto Seguín y Rubén Ríos Carrasco.

VIAJE DE ESPECIALIZACION

En los meses de julio y agosto viajaron a la ciudad de Londres el profesor del Departamento, Dr. Humberto Napurí Jordán y los residentes Drs.

Max Hernández y Moisés Lemlij con el objeto de seguir cursos de la especialidad en el Maudsley Hospital.

INVITACION DE LA AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

El Dr. Carlos Alberto Seguín invitado por la American Psiychiatric Association a su reunión anual de Atlantic City, se encargó de la Conferencia Conmemorativa de Von Meduna. Habiendo también participado en la mesa redonda acerca de la Psiquiatría del año 2,000, la reunión de la Sociedad Ontológica Americana y el Consejo Interamericano de Psiquiatría, dictó una conferencia acerca de la Psicoterapia en la Universidad de Filadelfia, y otra acerca de los Grupos de Trabajo en la Universidad de Albany; finalmente, tomó parte en la mesa redonda que sobre Computadores y la Docencia Universitaria organizara la Universidad de Texas.

CURSO INTERNACIONAL DE PSIQUIATRIA

Organizado por el Hospital Central del Empleado, y en homenaje a su VIII aniversario, se llevó a efecto el Pimer Curso Internacional de Post-grado para Psiquiatras, del 31 de octubre al 5 de noviembre, en el Auditorium del referido hospital, habiendo contado con la participación de los psiquiatras extranjeros Drs. Lawrence Kolb, Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Columbia y Director del Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York, Robert Campbell, Profesor Asociado de Psiquiatría de la Universidad de Columbia y Director del Programa de Investigación Psiquiátrica del St. Vicent's Hospital, Rafael Torres Orrego, Jefe del Servicio de Investigaciones Psiquiátricas del Servicio Nacional de Salud de Chile y Jaime Rojas Bermúdez, Profesor de Psicoterapia de Grupo y Psicodrama del Hospital Neuropsiquiátrico de Hombres de Buenos Aires y los colegas peruanos Drs. Baltazar Caravedo Carranza, Carlos Alberto Seguín, Humberto Rotondo, Emilio Majluf, Manuel Fábrega, Manuel Fitzgerald, Judith Calenzani, Walter Griebenow, César A. Delgado H. y Luis Estrada de los Ríos.

VIAJE DE PROFESORES A EUROPA

Los Drs. María Antonieta Silva de Castro y Renato Castro de la Mata, Profesores del Departamento de Ciencias Psicológicas, emprendieron viaje a Europa con el fin de participar en los siguientes eventos: el IV Congeso Internacional de Psiquiatría Infantil y Profesiones Conexas, efectuado entre el 24 y 29 de Julio en Edimburgo, teniendo como tema principal la discusión de diferentes aspectos de la adolescencia; el XVIII Congreso Internacional de Psicología que se llevase a cabo en Moscú del 5 al 11 de Agosto y en el que se trataron diversos aspectos de la psicología actual particularmente los relacionados con la neurofisiología, la reflexologia y la electrónica, en dicho país tuvieron la oportunidad de visitar diversas instituciones psiquiátricas y conocer los sistemas asistenciales profilácticos y de rehabilitación que se están emplean-

do en la actualidad; finalmente concurrieron al IV Congreso Mundial de Psiquiatría de Madrid.

SESION EXTRAORDINARIA DE LA ASOCIACION PSIQUIATRICA

En la sesión extraordinaria convocada el 4 de Noviembre se incorporó en calidad de Socios Honorarios a los Drs. Lawrence Kolb, Robert Campbell, Rafael Torres y Jaime Rojas Bermúdez. En dicha oportunidad el delegado de la Asociación Dr. Carlos Bambarén Vigil dio lectura a su informe de los acuerdos tomados por la Asociación Psiquiátrica Mundial en el Congreso último.

EL CENTRO DE ESTUDIANTES DE PSICOLOGIA

El 28 de Setiembre se realizó la ceremonia de instalación de la Nueva Junta Directiva del Centro de Estudiantes de Psicología, acto en el que hicieron uso de la palabra el Secretario de Cultura, Sr. José Infante, el Presidente Electo, Sr. Gonzalo Suárez, el Director del Departamento de Psicología Dr. Modesto Rodríguez y el Decano de la Facultad de Letras, Dr. Augusto Tamayo Vargas.

CONFERENCIA EN LA CIUDAD UNIVERSITARIA

El sábado 22 de octubre invitado por el Centro de Estudiantes de Psicología de la Facultad de Letras de la Universidad Mayor de San Marcos, el Dr. Rubén Ríos Carrasco, sustentó una conferencia acerca de "los Problemas Humanos del estudiante universitario" habiendo sido presentado por el Sr. Walter Cornejo, Secretario de Prensa de dicha institución.

ASOCIACION NEUROPSIQUIATRICA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

Con ocasión del VII aniversario de su fundación, la ANEM organizó una semana científica en la que participaron el señor Decano de la Facultad, Dr. Jorge Campos Rey de Castro y los Profesores Drs. Raúl Jerí Vásquez, Oscar Valdivia Ponce, Carlos Alberto Seguín, Fernando Cabieses Molina, Humberto Rotondo, Jacobo Silberman y Rodolfo Landa, quienes presentaron sus trabajos e intervinieron en la mesa redonda: el Psiquiatra y la Sociedad. La actual Junta Directiva de la Asociación está conformada por los Sres.: Tulio Bertorini, Enrique Cárdenas, Javier Moreno, Oscar Martínez, Luis Puertas, Eliana García Pacheco y Samuel Pecho.

SECRETARIO DE LA FEDERACION MEDICA PERUANA

En la nueva Junta Directiva de la Federación Médica Peruana figura en el cargo de Secretario Segundo el Dr. Vital Scapa Florentini, Profesor

de la Asignatura de Psiquiatría "B" del Departamento de Ciencias Psicológicas.

SEMANA SANFERNANDINA

Como en años anteriores el Centro de Estudiantes de Medicina con el auspicio de la Facultad de Medicina, cuya Comisión de Asuntos Extracurriculares está presidida por el Dr. Max Arnillas Arana, organizó, para la primera semana de octubre, un programa de actividades científicas, culturales, sociales y deportivas en el que confraternizaron los profesores y alumnos de la Facultad.

CURSO DE PSICOLOGIA APLICADA PARA EDUCADORES

Organizado por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, entre el 21 de noviembre y el 3 de diciembre, se llevó a cabo el curso que versó acerca de las nuevas direcciones de la psicología científica en torno al aprendizaje, la personalidad del estudiante y las relaciones interpersonales educador-educando. Los Drs. Oscar Valdivia Ponce, Carlos Alberto Seguín, Max Arnillas Arana, Sergio Zapata Agurto, Renato Castro de la Matta, Antonieta Silva de Castro, Rubén Ríos Carrasco, Augusto Colmenares Murrugarra, Elia Izaguirre León y Juan Antonio Robles, miembros del Departamento, tuvieron a su cargo el dictado de las clases.

COLABORACION CON EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

A pedido del Dr. Luis A. Ugarte, Coordinador de Estudios de la Facultad, el Comité Directivo del Departamento designó a los Drs. José Alva Quiñones, Rubén Ríos Carrasco y Max Silva Tuesta para que colaboren en el Ensayo de Enseñanza de Atención Médica Integral, programa auspiciado por el curso de Clínica III, del Departamento de Medicina.

GRUPO DE PROFESORES FORMAN PSYCHE

Un grupo de profesores del Departamento de Ciencias Psicológicas, los Drs. Sergio Zapata, José Alva Quiñones, Rubén Ríos Carrasco, Francisco Vásquez Palomino y Juan Antonio Robles, han creado Psyche, Centro Psicológico, Psiquiátrico y Educacional, institución particular orientada a labores asistenciales, docentes y de investigación.

FORUM SOBRE LA TIMIDEZ

Del 10 al 17 de diciembre Psyche organizó un fórum en cuyos diferentes aspectos tomaron parte los siguientes profesores universitarios: Drs. Max Arnillas Arana (Presentación del Fórum), Carlos Alberto Seguín (La personalidad tímida), Reynaldo Alarcón (La timidez infantil), Francisco Vás-

quez P. (La timidez del adolescente), Sergio Zapata (La timidez del adulto), Luis Felipe Guerra (La timidez, problema humano y existencial), Manuel Román de Sirgado (La timidez, problema social), Rubén Ríos Carrasco (La timidez en la mujer), Orlando Figueroa (La timidez, problema educativo), Juan Antonio Robles (Los sistemas de seguridad psicológica del peruano en Arnillas Arana (Presentación del Fórum), Carlos Alberto Seguín (La personalidad tímida).

Finalmente se efectuó una mesa redonda con la participación de los ponentes.

PROXIMOS CONGRESOS DE PSIQUIATRIA

Hemos recibido la invitación de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría para el VI Congreso Colombiano de Psiquiatría, que se realizará en la ciudad de Pasto del 8 al 12 de diciembre, teniendo como temas oficiales: Aspectos Sociales y Culturales de la Psiquiatría, la Depresión y Trabajos libres. El Presidente del Comité Organizador es el Dr. Luis Carlos Moncayo. Del mismo modo la Sociedad Venezolana de Psiquiatría y Neurología nos participa la realización del II Congreso Venezolano de Psiquiatría y Neurología, que tendrá como sede la ciudad de Valencia y se llevará a cabo entre el 11 y el 15 de enero, preside el Comité Organizador el Dr. José Solanes y el temario es el siguiente: Sociopsiquiatría, Las Depresiones, Enseñanza de la Psiquiatría en el Pre-grado, Enseñanza de la Neurología y Psicoterapia: Alcances y límites.

PROGRAMAS DE EXTENSION ASISTENCIAL

Los Profesores de la Asignatura de Psiquiatría B en colaboración con el Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán" han iniciado este año un Programa de Orientación de la Familia que cuenta con la asesoría del Dr.Humberto Rotondo, Profesor Principal del Departamento. Así mismo en conexión con la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina el Profesor Asociado Dr. Fernando Samanéz atiende las consultas psiquiátricas del Hospital del Niño.

INSTRUCCION PARA LOS AUTORES

a) *La Revista de Ciencias Psicológicas y Neurológicas, órgano del Departamento de Ciencias Psicológicas y de la Asignatura de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, es una publicación universitaria trimestral.*

b) *Toda comunicación deberá ser remitida al Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina. Av. Grau s/n. Lima, Perú. o a la Asignatura de Neurología, Sala San Luis, Hospital 2 de Mayo.*

c) *Se admitirán artículos inéditos que a juicio del Comité de Redacción merezcan ser publicados y que deberán reunir las siguientes condiciones:*

1. *Los originales deberán ser escritos a máquina, a doble espacio y por un solo lado, en papel tipo carta.*
2. *Su extensión no deberá exceder 40 páginas.*
3. *Su redacción y bibliografía deberán ajustarse a las normas internacionalmente establecidas y en lo posible al esquema siguiente: Introducción. Historia, Material y Método, Resultados, Discusión, Conclusiones, Resumen y Bibliografía.*
4. *Las ilustraciones deben ser numeradas y remitidas en hojas separadas indicando las leyendas y el lugar donde deben consignarse.*
5. *Deberán terminar con un breve resumen en español e inglés.*

d) *Los autores que deseen separatas deberán indicarlo así; los gastos de impresión correrán por su cuenta.*

e) *Ningún original será devuelto, sea publicado o no.*

f) *La Revista no se hace responsable por las opiniones vertidas por los autores.*

SUSCRIPCIONES

Número suelto: en el Perú S/. 30.00, en el extranjero $ 1.50.
Suscripción anual: en el Perú S/. 120.00, en el extranjero $ 6.00.
Dirigirse al Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M. Av. Grau s/n. Ap. Nº 529 — Lima - Perú

COMISIONES DEL DEPARTAMENTO

COMISION DE MATERIAL DE ENSEÑANZA:

ENCARGADO: Dr. Francisco Alarco
MIEMBROS : Dr. Ethel Bazán
Dr. Carlos Saavedra
Dr. Francisco Vásquez P.

COMISION DE VIAJES Y BECAS DEL DEPARTAMENTO:

ENCARGADO: Dr. César Delgado Hurtado
MIEMBROS : Dr. Fernando Samanéz
Dra. Elia Izaguirre
Dra. Judith Calenzani

COMISION DE RELACIONES PUBLICAS

ENCARGADO: Dr. Fernando Samanéz
MIEMBROS : Dr. Renato Castro de la Mata
Dr. César Delgado Hurtado
Dr. Ethel Bazán Vidal

COMISION DE INVESTIGACIONES CIENTIFICAS:

ENCARGADO: Dr. Humberto Rotondo
MIEMBROS : Dr. Renato Castro de la Mata
Dr. Emilio Majluf
Dr. Augusto Colmenares

COMISION DE DOCENCIA DE PRE-GRADO

ENCARGADO: Dr. Max Silva Tuesta
MIEMBROS : Dr. Fernando Samanéz C.
Dr. José Alva Quiñonez
Dr. Francisco Vásquez P.
Srta. Eliana García Pacheco

COMISION DE DOCENCIA DE POST-GRADO:

ENCARGADO: Dr. José Alva Quiñones
MIEMBROS : Dr. Fernando Samanéz C.
Dr. Max Silva Tuesta
Dr. Francisco Vásquez P.

COMISION DE PUBLICACIONES Y BIBLIOTECA:

ENCARGADO: Dr. Rubén Ríos Carrasco
MIEMBROS : Dr. Walter Griebenow
Dr. Gustavo Vásquez C.
Dr. Francisco Vásquez P.

COMISION DE ACTIVIDADES CIENTIFICAS, CONGRESOS, CONFERENCIAS, ETC:

ENCARGADO: Dr. José Sánchez García
MIEMBROS : Dr. Alberto Péndola
Dr. Ethel Bazán
Dr. César Delgado Hurtado

ASIGNATURA DE PSICOLOGIA MEDICA

Profesor Principal	Dr. Carlos Alberto Seguín
Profesores Asociados	Dr. Renato Castro de la Matta Dr. José Alva Quiñones
Profesores Auxiliares	Dra. M. A. Silva de Castro Dra. Elia Izaguirre León
Jefes Instructores	Dr. Humberto Napurí Jordán Dr. Rubén Ríos Carrasco Dr. Alberto Péndola Febres Dr. Héctor Cornejo Mere Dr. Francisco Vásquez Palomino Dr. Felipe Iannacone Martínez Dr. Manuel Fernández Gallegos Dr. Emilio Morales Charún
Psicólogos Clínicos	Dra. Yolanda La Torre Dr. Juan Antonio Robles Dr. Hilarión Tovar Narrea
Encargado de la Coordinación	Dr. Max Silva Tuesta

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

ASIGNATURA DE NEUROLOGIA

Profesor Principal	Dr. Raúl Jerí
Profesores Asociados	Dr. Jacobo Silbermann Dr. Rodolfo Landa
Profesores Auxiliares	Dr. Manuel Pizarro Dr. Luis Aspauza
Jefes Instructores	Dr. Leoncio Acosta Dr. Pedro Ortiz Dr. César Sánchez Montenegro Dr. Luciano Vise

Imprenta de la Universidad
Nacional Mayor de San Marcos